

Императорскій Московскій Университетъ.

---

ЕЖЕГОДНИКЪ  
ИМПЕРАТОРСКОЙ  
ЕКАТЕРИНИНСКОЙ  
БОЛЬНИЦЫ.

ВЫПУСКЪ ПЕРВЫЙ.

---

1906—1907 академическій годъ.

Печатать разрешается на основании постановления медицинского факультета.

*Деканъ Д. Зерновъ.*

10 декабря 1907 г.



Предлагаемый вниманию товарищей врачей „Ежегодникъ“ былъ задуманъ въ минувшемъ 1906—07 академическомъ году. Первоначально предполагено было издавать его въ видъ „трудова“ конференціи врачей Императ. Екатерин. больницы. Однако, послѣ детальнаго обсужденія вопроса особо избранной въ конференціи комиссіей, эту мысль пришлось оставить, и комиссія предложила приблизительно ту форму ежегодника, которая теперь осуществляется. Основная задача изданія—отражать, по возможности полнѣе, научно-врачебную жизнь нашей больницы. Намъ кажется, что эта цель ближе всего достигается: 1) помѣщеніемъ отдѣльных трудовъ, статей врачей, работающих въ различныхъ учрежденіяхъ Екатерининской больницы \*); 2) врачебнымъ обзоромъ по всѣмъ отдѣленіямъ больницы; 3) отчетами о дѣятельности конференціи. Въ программѣ изданія мы считаемъ не излишнимъ также и отдѣлъ „историческій“: воспоминанія о прошломъ больницы, біографіи, некрологи и проч.

Екатерининская больница дѣлится на рядъ учрежденій самостоятельныхъ въ ихъ научно-врачебной дѣятельности. Поэтому и весь матеріалъ ежегодника редактируется директорами и завѣдующими отдѣльными клиниками, по спеціальности.

Настоящій, первый выпускъ „Ежегодника“ имѣетъ много недочетовъ, особенно въ отдѣлѣ „обзоровъ“: это объясняется главнымъ образомъ спѣшностью работы, т. к. къ исполненію ея приступлено было по различнымъ причинамъ не задолго до печатанія. „Обзоры“ составлены различными учрежденіями самостоятельно, и это обстоятельство, въ связи съ тѣснотой времени, обусловило нежелательную неравномѣрность ихъ объемовъ. Въ будущихъ выпускахъ мы надѣемся избѣжать замѣчаемыхъ нами самими недочетовъ, а пока—да послужитъ намъ нѣкоторымъ извиненіемъ новизна дѣла: „обзоры“ являются въ печати впервые за все долготѣннее существованіе больницы.

**Редакціонная комиссія.**

\*) Въ настоящемъ выпускѣ изъ 23 статей появляются въ печати впервые 21.

# СОДЕРЖАНІЕ.

Статьи (предварительныя сообщенія), означенныя \*, были помѣщены въ другихъ изданіяхъ (болѣе подробно).

## I. Оригинальныя статьи.

	<i>Стр.</i>
1. <b>Мартыновъ, А. В.</b> Изъ прошлаго Екатерининской больницы .. .. .	1
2. <b>Поповъ, П. М.</b> Сердце женщины и климаксъ.. .. .	12
3. <b>Поляковъ, В. Ѳ.</b> Объ эмиграціи лимфоцитовъ и ея отношеніи къ спорнымъ вопросамъ цитологии .. .. .	20
4. <b>Онъ же.</b> Методъ отвлеченія въ терапіи нѣкоторыхъ формъ нефритовъ ..	33
5. <b>Егоровъ, А. С.</b> Случай подъяортального стеноза .. .. .	41
6. <b>Крюгеръ, К. А.</b> Случай сывороточной болѣзни послѣ инъекціи подливалентной сыворотки .. .. .	47
7. <b>Кезельманъ, А. М.</b> Случай сифилиса сердца съ Adams-Stokes'овымъ симптомокомплексомъ .. .. .	51
8. <b>Гуленко, В. О.</b> Случай пароксизмальной гемоглобинурии .. .. .	54
* 9. <b>Россолимо, Г. И.</b> Аномалии ушной сережки, какъ одинъ изъ признаковъ астенической дегенерации, въ частности — туберкулезной .. .. .	60
* 10. <b>Онъ же.</b> „Мозговой топографъ“ (приборъ для проекціи частей мозга на поверхности черепа) .. .. .	63
11. <b>Онъ же.</b> Свѣтящаяся модель мозга .. .. .	66
12. <b>Ивенсенъ, К. К.</b> Кэтгутъ въ хирургіи .. .. .	68
13. <b>Фейденгольдъ, А. А.</b> Ankylosis mandibulae .. .. .	75
14. <b>Монастыревъ, Б. А.</b> Лѣченіе неросшихся и неправильно сросшихся переломовъ нижнихъ конечностей .. .. .	77
15. <b>Мартыновъ, А. В.</b> Наблюденія изъ области хирургіи желчныхъ путей ..	84
16. <b>Ивенсенъ, К. К.</b> Случай гнойника печени послѣ дизентеріи .. .. .	109
17. <b>Александровъ, Вл.</b> Къ казуистикѣ полнаго удаленія кистъ поджелудочной железы.. .. .	112
18. <b>Сребрянская, А. И.</b> Пневмококковое первичное воспаленіе колѣннаго сустава.. .. .	121
19. <b>Воффъ, И. А.</b> Міомы матки и ихъ радикальное лѣченіе (изъ клиническихъ лекцій) .. .. .	124
20. <b>Дикъ, Вл. Г.</b> Къ вопросу объ этиологіи гнойныхъ салпингитовъ .. ..	142
21. <b>Богдановъ, П. Ф.</b> Случай извращенія полового чувства .. .. .	146
22. <b>Вашкевичъ, В. Ф.</b> Къ лѣченію задержанія мочи при гипертрофіи предстательной железы .. .. .	150
23. <b>Вагаповъ, А. А.</b> Къ казуистикѣ инородныхъ тѣлъ мочевого пузыря ..	154

## II. Обзоръ врачебной дѣятельности клиническихъ отдѣленій Императорской Екатерининской больницы.

1. Терапевтическая клиника .. .. .	163
2. Первое клиническое отдѣленіе .. .. .	174
3. Хирургич. клиника, гинекологическ. отдѣл., отд. ушн., горлов., носов. болѣзней .. .. .	179
4. <b>Синицынъ, О. И.</b> (некрологъ). Андрологическая клиника .. .. .	223
5. Андрологическая клиника .. .. .	227

## III. Отчетъ о дѣятельности Конференціи врачей Императорской Екатерининской больницы въ 1906—1907 академическомъ году. 243



14 октября 1907 года скончался директор Андрологической клиники

заслуженный ординарный профессор

**Федоръ Ивановичъ СИНИЦЫНЪ.**

### Изъ прошлаго Екатерининской больницы<sup>1)</sup>.

Екатерининская больница, находящаяся нынѣ въ исключительномъ завѣдываніи Московскаго Университета, основана въ 1775 г. Незадолго передъ тѣмъ (1770—1772) свирѣпствовала въ Москвѣ „моровая язва“, унесшая чуть не больше половины всего населенія и заставившая правительство обратить вниманіе на почти полное отсутствіе врачебной помощи въ первопрестольной<sup>2)</sup>. Екатерининская больница (вмѣстѣ съ Екатерининскимъ богадѣленнымъ домомъ) учреждена 12 августа 1775 г. Высочайшимъ указомъ на имя московскаго оберъ-полицеймейстера Архарова. „Усмотря, — говорится въ указѣ, — что въ числѣ скитающихся по міру и просящихъ милостыню въ здѣшнемъ городѣ есть престарѣлые, увѣчные и больные, которые трудами своими кормятся не въ состояніи, также и никому не принадлежащіе люди, о коихъ никто попеченія не имѣетъ, заблагоразсудили мы, по природному нашему челоуѣколюбію, учредить подъ вѣдомствомъ здѣшной полиціи особую больницу и богадѣльню... Намѣреніе наше состоитъ въ томъ, чтобы сею благодѣтельствующею милостію нашею воспользовались бѣдные, безгласные, какъ-то: отставные на свое пропитаніе солдаты, приказнаго и духовнаго чина неимущіе и жены ихъ, также увѣчные и престарѣлые обоюбого пола, не могущіе никакой производить работы и никому не принадлежащіе. Въ больницу принимать всѣхъ вышесказанныхъ чиновъ, не возбраняя лѣчиться и добровольно приходящимъ или отдаваемымъ отъ обывателей, но съ заплакою употребляемыхъ издержекъ“... Къ этому, чрезвычайно характерному для того времени указу, подписанному Екатериною II, былъ приложенъ „штатъ разнымъ чинамъ при больницѣ, состоящей подъ полицейскимъ вѣдомствомъ“<sup>3)</sup>:

<sup>1)</sup> Настоящій очеркъ составленъ главнымъ образомъ на основаніи матеріаловъ для исторіи Екатерининской больницы, приготовлявшихся для печати покойнымъ профессоромъ К. О. Клейномъ. Рукопись, не совсѣмъ законченная, осталась ненапечатанной и любезно предоставлена въ мое распоряженіе семьей покойнаго.

<sup>2)</sup> Ко времени открытія Екатерининской больницы существовали только два лѣчебныхъ учрежденія: „Гофшпиталь“ за рѣкой Яузой и сравнительно небольшая по размѣрамъ Павловская больница.

<sup>3)</sup> В. Молнаръ. Историческій очеркъ Екатерининскаго богадѣл. дома, etc. М. 1888, стр. 27.

Званіе чиновъ.	Число людей.	Жалованіе одному въ годъ.
Штабъ-лѣкаръ. . . . .	1	400 р.
Лѣкаръ . . . . .	1	250 „
Подлѣкарей . . . . .	2	120 „
Учениковъ.. . . .	5	—
Имъ жалованья производить по разсмо-		
трѣнію ихъ трудовъ.. . . .	..	300 „
Сидѣльниковъ мужеска и женска пола . . . . .	24	150 „
Смотритель или комисаръ оберъ-офи-		
церскаго чина . . . . .	1	150 „
Поваровъ.. . . .	2	25 „
Поваренныхъ учениковъ . . . . .	2	18 „
Портомоя.. . . .	1	40 „
При ней работницъ для мытья бѣлья и		
половъ . . . . .	6	15 „
Дровосѣковъ.. . . .	5	15 „
Для надзиранія и караула изъ инвалидовъ:		
Сержантъ.. . . .	1	25 „
Солдаты.. . . .	20	12 „
При письменныхъ дѣлахъ:		
Подканцеляристъ } обоеимъ . . . . .	1	200 „
Копіистъ } . . . . .	1	
Всего . . 73		2441 р. (асс.).

Интересно, что штатъ былъ назначенъ только на жалованье служащимъ. Деньги на содержаніе больницы получались изъ полиціи<sup>1)</sup> и къ нимъ присоединялись деньги, внесенныя за порціи и медикаменты. Размѣръ этой платы опредѣленъ не былъ, и съ больныхъ взыскивались деньги за порціи и медикаменты „по дѣйствительной стоимости“. О размѣрахъ бюджета больницы за первые годы ея существованія свѣдѣній не сохранилось. Количество кроватей, повидимому, равнялось 150<sup>2)</sup>. На содержаніе каждаго больного отпускалось по 4 копейки въ сутки.

Больница начала функционировать съ 19 іюня 1776 года въ зданіи бывшаго карантиннаго двора по 3-ей Мѣщанской (гдѣ теперь помѣщается „Старо-Екатерининская“ городская больница). Для управленія Екатерининскою больницею и связанными съ ней богадѣльней и рабочимъ домомъ „для лѣнивцевъ“ имѣлся подъ предсѣдательствомъ оберъ-полицеймейстера Архарова особый совѣтъ, состоявшій изъ медицинскаго персонала больницы и изъ смотрителя. Первымъ штабъ-лѣкаремъ Екатерининской больницы былъ кол. сов. *Яковъ Зундблатъ*.

Въ 1782 году Екатерининская больница перешла изъ вѣдомства

<sup>1)</sup> На больницу шли суммы отъ сборовъ добровольныхъ пожертвованій при иконѣ Боголюбской Божіей Матери, доходы съ клейменія хомутовъ столицы, штрафныя и приводныя деньги.

<sup>2)</sup> Это видно изъ распоряженія приказа общ. призрѣнія отъ 1784 г., раздѣлившаго имѣвшіяся 150 кроватей на 80 бесплатныхъ и 70 платныхъ.

полиціи въ вѣдѣніе новооткрытаго „приказа общественнаго призрѣнія“ и поставлена была подъ „надзоръ“ особаго чиновника изъ членовъ приказа („главнаго надзирателя больницы“). Повидимому, недостатокъ средствъ больницы вызвалъ въ 1784 году распоряженіе приказа, чтобы бѣдными больными занимались только 80 кроватей, на остальные же 70 кроватей помѣщались болѣе состоятельные за плату 3 руб. ассигн. въ мѣсяць. Черезъ два года плата была повышена до 4 руб. ассигн.<sup>1)</sup>

Переходъ въ приказъ общ. призр. внесъ измѣненіе и въ штаты личнаго состава больницы. Увеличено было количество врачей и между другими учреждена новая должность „оператора“ съ содержаніемъ 350 руб. въ годъ ассигнаціями.

Какъ видно изъ сказаннаго выше, больницею завѣдывали лица, ничего общаго съ медициной не имѣвшія, и повидимому переходъ въ вѣдѣніе приказа усилилъ чиновный „надзоръ“. Въ 1789 году произошло новое измѣненіе въ управленіи больницей: оставаясь въ вѣдомствѣ приказа общ. призр., она была отдана въ непосредственное завѣдываніе особаго директора. Высочайшимъ приказомъ на эту новую должность назначенъ былъ сенаторъ и кавалеръ тайный совѣтникъ *М. В. Дмитріевъ-Мамоновъ*. Исполняя Высочайшую волю *Д.-М.* старался перенести въ Екатерининскую больницу порядки больничныхъ учреждений Петербурга. Въ области внутренняго распорядка больница за время управленія *Д.-М.* (1789—1810) всецѣло, до мелочей зависѣла отъ своего директора. По словамъ *К. Θ. Клейна*, *Д.-Мамоновъ* „не ограничивался полученіемъ свѣдѣній о суточномъ состояніи медицинской и хозяйственной частей, которыя ежедневно сообщались ему въ подробныхъ рапортахъ, составленныхъ по формѣ лично имъ же предложенной, но весьма часто и въ разное время дня и ночи являлся въ больницу провѣрять свѣдѣнія, сообщенныя ему письменно. Онъ лично, производилъ торги на поставку припасовъ и медикаментовъ, слѣдилъ за всѣмъ персоналомъ больницы отъ врачей до прислуги“. Мало того, директоръ не считалъ себя чуждымъ и чисто-медицинской сторонѣ дѣла. Такъ, въ больничномъ архивѣ сохранился документъ, въ которомъ *Д.-М.* по собственной инициативѣ предлагаетъ медицинскому персоналу больницы ввести въ ней въ употребленіе лѣченіе электричествомъ (что и было исполнено).

Что касается состоянія денежныхъ средствъ больницы и ея внѣшняго благоустройства, то, повидимому, при *Д.-М.* они значительно улучшились. Благодаря связямъ въ высшихъ сферахъ, *Д.-М.* привлекъ въ Екатерининскую больницу сравнительно крупныя пожертвованія<sup>2)</sup>.

<sup>1)</sup> Еще черезъ десять лѣтъ плата была опять повышена: опредѣлено было со страдавшихъ венерическими болѣзнями взимать 6 руб., а со всѣхъ другихъ больныхъ 5 р. асс. въ мѣсяць.

<sup>2)</sup> Такъ, въ 1789 г. больница получила 39,000 р. по завѣщанію епископа Пахомія. Въ томъ же году по повелѣнію имп. Екатерины II былъ отпущенъ для ремонта зданій

Увеличены были въ 1797 г. и суммы, отпускавшіяся на содержаніе больницы: вмѣсто 16,211 руб., назначено было 24,211 руб. ежегодно.

Съ 1810 года, по смерти Дмитріева-Мамонова, больница была оставлена безъ „главнаго директора“ и снова передана въ непосредственное завѣдываніе московскаго приказа общ. призр.

Во время отечественной войны 1812 года Екатерининская больница пострадала очень мало: сгорѣло лишь нѣсколько амбаровъ, собственно же больничныя помѣщенія уцѣлѣли. Больница не прекращала своей дѣятельности во время занятія Москвы непріятелемъ. Больные и раненые изъ союзной арміи такъ же находили въ ней пріютъ, какъ и оставшіеся въ Москвѣ русскіе.

11 августа 1820 г., за смертью штабъ-лѣкаря *Граве*, во главѣ учрежденія въ качествѣ старшаго врача становится докторъ медицины и хирургіи, впоследствии профессоръ, *Андрей Ивановичъ Поля*<sup>1)</sup>, съ именемъ котораго связано начало преподавательской дѣятельности Екатерининской больницы. „Нельзя не признать, — пишетъ *К. О. Клейнъ*, — что въ лицѣ Поля Екатерининская больница имѣла одного изъ лучшихъ старшихъ врачей. Его въ высшей степени полезною дѣятельностью, не ослабѣвшею до послѣдняго дня службы, пользовалась Екатерининская больница въ теченіе слишкомъ 39 лѣтъ.. Ему главнымъ образомъ она обязана тѣмъ довѣріемъ, которымъ пользовалось хирургическое отдѣленіе въ публикѣ. Доведя технику вырѣзыванія и дробленія камней до высокаго художества, онъ немало содѣйствовалъ развитію и распространенію этого искусства между своими многочисленными учениками... Ему обязана своимъ процвѣтаніемъ основанная при больницѣ фельдшерская школа... Благодаря настойчивости и горячему участію А. И. Поля Екатерининская больница, въ качествѣ госпитальныхъ клиникъ, открыла свои двери сначала питомцамъ медико-хирургической академіи, а затѣмъ и студентамъ-медикамъ 5 курса Московскаго Университета“.

Приведенный отзывъ особенно интересенъ, такъ какъ, говоря о Полѣ, какъ энергичномъ дѣятелѣ и талантливомъ врачѣ-хирургѣ, *К. О. Клейнъ* основывался не только на документальныхъ данныхъ, но несомнѣнно и на живомъ преданіи — той доброй славѣ, которая связана съ памятью о первомъ профессорѣ госпитальной хирургіи въ Московскомъ Университетѣ.

Еще въ XVIII столѣтіи высказывалась мысль (Дмитріевъ-Мамоновъ), что для Екатерининской больницы необходимы новыя зданія,

---

больницы строительный матеріалъ изъ разобраннаго дворца на Воробьевыхъ горахъ, и на тотъ же предметъ ассигновано изъ московской казенной палаты 5,000 р. асс. Въ 1792 г. отпущено изъ кабинетскихъ суммъ 5,000 р. „для вспоможенія въ нужныхъ издержкахъ при больницѣ“.

<sup>1)</sup> *А. И. Поля* родился въ 1792 г. По окончаніи курса въ Спб. медико-хирургической академіи 1815 г., въ теченіе 2½ лѣтъ занимался волонтеромъ въ Обуховской больницѣ, послѣ чего два года (1817—1819) пробылъ за границею.



такъ какъ существовавшія были совершенно неудовлетворительны, но только въ 1828 году вопросъ этотъ былъ разрѣшенъ, благодаря настойчивости А. И. Поля, покупкою дома кн. Гагарина у Петровскихъ воротъ за 45.714 руб. 28<sup>1</sup>/<sub>7</sub> коп. серебромъ <sup>1</sup>). Зданіе было приспособлено для больницы по проекту особой комиссіи, въ которую между прочими входили архитекторъ Бове и старшій врачъ Поль. Въ центральной части зданія была устроена церковь во имя св. Екатерины. Въ сентябрѣ 1833 года состоялось перемѣщеніе больницы на новое мѣсто изъ зданій, въ которыхъ она находилась втеченіе 58 лѣтъ <sup>2</sup>).

Одновременно съ перемѣщеніемъ въ другое зданіе въ Екатерининской больницѣ была открыта хирургическая госпитальная клиника московской медико-хирургической академіи. Для клиники было отведено сначала 57 кроватей, составившихъ особое отдѣленіе. Директоромъ клиники съ званіемъ ординарнаго профессора московскаго отдѣленія мед.-хир. академіи былъ пазначенъ А. И. Поль. Вскорѣ была открыта и терапевтическая клиника, директоромъ которой назначенъ профессоръ А. И. Оверъ. Обязанности клиническихъ ординаторовъ исполняли четыре лучшихъ студента высшаго курса, получавшіе отъ академіи жалованье — 60 р. асс. въ мѣсяцъ, а отъ больницы — помѣщеніе и столъ. Профессора академіи, и среди нихъ прежде всего Поль, хорошо понимали неудобство выдѣленія лишь извѣстнаго числа коекъ въ больницѣ для цѣлей преподаванія, и уже съ самаго начала существованія клиникъ въ больницѣ, дѣлають попытки сдѣлать все учрежденіе чисто клиническимъ; попытки эти встрѣчали однако препятствія со стороны попечительнаго совѣта заведеній, прик. общ. призр. и самого попечителя больницы, кн. Мещерскаго. Такъ, въ 1835 году ходатайство Поля о дозволеніи студентамъ мед.-хир. академіи посѣщать, кромѣ клиническаго отдѣленія, также и всѣ прочія больничныя палаты было отклонено попечительнымъ совѣтомъ. Черезъ три года подобное ходатайство исходило уже отъ академіи. Но и президентъ академіи получилъ отказъ отъ попечительнаго совѣта, въ этотъ разъ дѣйствовавшаго въ полномъ согласіи съ кн. Мещерскимъ.

Союзъ М.-х. Академіи и Екатерининской больницы просуществовалъ недолго, но повелъ къ чрезвычайно важному послѣдствію — присоединенію больницы къ Московскому Университету.

---

<sup>1</sup>) Зданіе было построено въ 1716 г., затѣмъ, перестроенное, значится за бригадиромъ кн. Б. И. Гагаринымъ. До 1812 г. былъ здѣсь Англійскій клубъ; во время пожара 1812 г. зданіе немного пострадало и затѣмъ было снято подъ конскія ристалища „эквилибриста“ Фенарди (см. у *Бондаренко* „Архитект. памятники Москвы“ вып. II—III, стр. 36).

Черезъ десять лѣтъ послѣ перехода Екатерининской больницы на новое мѣсто, т.-е. въ сороковыхъ годахъ, покинутое старое мѣсто на 3-й Мѣщанской было занято новымъ городскимъ больничнымъ учрежденіемъ, которое стали называть Старо-Екатерининской больницей. Старо-Екатерининская больница, слѣдовательно, на 70 лѣтъ моложе такъ называемой „новой“.

<sup>2</sup>) Черезъ 10 лѣтъ, въ 1843 г., въ саду больницы былъ выстроенъ существующій и донынѣ деревянный корпусъ.

Уже начиная съ 1826 года къ Екатерининской больницѣ, по просьбѣ Университета, прикомандировывались окончившіе курсъ молодые врачи для „практическихъ занятій съ цѣлью усовершенствованія въ медицинѣ“. Правленіе Университета просило также увѣдомлять его объ успѣхахъ врачей. Въ 1826 году такимъ образомъ былъ допущенъ къ занятіямъ лѣкарь 1-го отдѣленія *Левъ Гофманъ*, затѣмъ командировки стали повторяться почти ежегодно; командировались уже не одинъ, не двое, а иногда цѣлый десятокъ молодыхъ людей. Такимъ образомъ Екатерининская больница еще въ первой половинѣ прошлаго вѣка была не только лѣчебнымъ, но отчасти и учебнымъ учрежденіемъ.

Въ 1845 году Екатерининская больница предоставила всѣ койки университету для цѣлей преподаванія. Медико-хирургическая Академія незадолго передъ тѣмъ была закрыта, и ея учрежденія переданы Московскому Университету. Въ Екатерининской больницѣ предположено было учредить госпитальныя клиники; однако дѣло это оказалось не такъ просто: междувѣдомственная переписка и все „дѣло“ тянулось съ 1841 по 1845 годъ. На этотъ разъ министерство народного просвѣщенія не встрѣтило препятствій ни со стороны князя Мещерскаго, ни со стороны попечительнаго совѣта. Кн. Мещерскій находилъ лишь справедливымъ, чтобы въ виду скудости средствъ больницы, Университетъ дѣлалъ ежегодныя добавочныя асигнованія.

Госпитальныя университетскія клиники въ больницѣ начали функционировать съ 1846 года. Терапевтическая и хирургическая клиники имѣли каждая по 110 кроватей. Въ составъ хирургической клиники входило и сифилитическое отдѣленіе. Съ открытіемъ госпитальныхъ клиникъ Екатерининская больница все же осталась попрежнему въ вѣдомствѣ приказа общ. призр., въ ближайшемъ завѣдываніи его попечительнаго совѣта. Попечителемъ больницы по новому уставу являлся попечитель учебного округа. Старшимъ врачомъ Екатерининской больницы назначался согласно уставу одинъ изъ профессоровъ госпитальныхъ клиникъ. Онъ завѣдывалъ больницей только по врачебной части и „въ семь отношеній“ подчинялся „начальнику больницы“. Такое положеніе конечно нельзя было назвать нормальнымъ порядкомъ вещей. Странно было, что директоръ клиники, не имѣвшій званія старшаго врача, не являлся въ своемъ отдѣленіи завѣдующимъ по врачебной части. Да и старшій врачъ въ семь отношеній подчинялся какому-то выше его поставленному, очевидно не врачебному, начальству. Однако на практикѣ эта сторона дѣла повидимому не вызывала шероховатостей благодаря — надо думать — личнымъ качествамъ А. И. Поля, сумѣвшаго избѣжать весьма возможныхъ столкновеній и осложненій<sup>1)</sup>.

Въ 1847—1848 гг. Москву постигла холера, и по распоряженію

<sup>1)</sup> Поль остался старшимъ врачомъ и профессоромъ госпитальн. хирургіи также и послѣ 1845 г.

Профессоромъ госпит. терапевт. клиники былъ назначенъ *Варвинскій*.

генераль-губернатора — въ Екатерининской больницѣ были выдѣлены 50 коекъ специально для холерныхъ. Всѣхъ холерныхъ больныхъ съ 23 сентября 1847 по 21 сентября 1848 гг. было 816, проводшихъ въ больницѣ въ общей сложности 4535 дней<sup>1)</sup>.

Ко времени холерной эпидеміи зданіе больницы нѣсколько обветшало, и попечитель *Голохвастовъ* обратилъ на это вниманіе попечительнаго совѣта, находя необходимымъ (въ 1848 г.) отпускъ 25.810 р. на ремонтъ. Однако попечительный совѣтъ, принадлежавшій не къ одному съ попечителемъ вѣдомству, не считъ возможнымъ отпустить требуемыя средства.

Состояніемъ больницы остался недоволенъ и Императоръ Николай I, посѣтившій больницу въ 1849 году. Высочайшее замѣчаніе о состояніи больницы немедленно было сообщено попечителемъ до свѣдѣнія попечительнаго совѣта, и началась длинная, годами тянувшаяся переписка между попечителемъ округа и больницы и попечительнымъ совѣтомъ.

Затрудненія для приведенія Екатерининской больницы въ надлежащій видъ вытекали отчасти изъ недостатка средствъ въ приказѣ общ. приз. Главною же причиною было по видимому то ненормальное „двоевластіе“, которое установилось въ больницѣ съ учрежденіемъ въ ней госпитальныхъ хирургическ. универ. клиникъ. Ни то, ни другое вѣдомство не считали больницу *своимъ* учрежденіемъ, о которомъ надлежитъ заботиться. Попечительный совѣтъ приказа объяснялъ попечителю больницы, что на увеличеніе штатныхъ суммъ больницы въ совѣтѣ нѣтъ средствъ; правда, передержки, начиная съ 1840 года иопеч. совѣтъ отчасти принималъ на себя (всего до 44.550 р.), но помощь эта, облегчавшая больницу бремя передержекъ и долговъ, накопившихся за прошедшее время, не могло отвратить ея будущихъ затрудненій, Вѣдомство народн. просвѣщенія въ лицѣ попечителя предлагало совѣту обратить въ пользу больницы плату за лѣченіе больныхъ (поступавшую въ распоряженіе приказа). И эту мѣру совѣтъ отклонилъ, какъ явно нарушающую интересы приказа; кромѣ того — по мнѣнію попеч. совѣта — обращеніе въ пользу больницы сбора за лѣченіе, какъ дохода неопредѣленнаго, котораго размѣра никогда нельзя предвидѣть заранее — могло бы поставить больничное начальство въ затрудненіе: не имѣя точныхъ свѣдѣній о размѣрахъ своихъ доходовъ, оно не могло бы вести правильно хозяйство.

Вотъ къ какимъ діалектическимъ ухищреніямъ прибѣгало вѣдомство, избѣгая лишнихъ расходовъ на учрежденіе не вполне ему подчиненное. Въ свою очередь и попечитель округа и больницы (*Назимовъ*) отказался принять на счетъ средствъ москов. учеб. округа недостающую на содержаніе больницы сумму, такъ какъ онъ не въ правѣ относить издержки по больницѣ посторонняго вѣдомства на счетъ министерства нар. просв.— тѣмъ болѣе, что и причина передержекъ (начавшихся до открытія госпит. клиникъ) лежала въ общемъ вздорожаніи жизни.

Въ результатѣ долговременной переписки выяснилось, что улуч-

<sup>2)</sup> Въ результатѣ наблюденій у постели больныхъ проф. Варвинскимъ и его помощникомъ Полунинымъ (впослѣд. профес.) были напечатаны слѣдующія работы въ „Московскомъ Врачебномъ Журналѣ“:

1. *Варвинскій*. Наблюденія надъ эпидемическою холерою.
2. *Онъ же*. Наблюденія надъ дѣйствіемъ вливанія въ вену солянаго раствора.
3. Проф. *Варвинскій* и адъюнктъ *Полунинъ*. Крупозное воспаленіе въ холерѣ.
4. *Полунинъ*. Разсужденіе о холерѣ.

шить состояние больницы можно только путем уменьшения числа коекъ на 50 <sup>1)</sup>.

Эта мѣра готова была осуществиться, когда въ Москвѣ снова (1852 г.) появилась холера. Эпидемія устранила на время вопросъ объ уменьшеніи числа коекъ. Для холерныхъ въ началѣ отведено было 30 кроватей, затѣмъ до 60. Были назначены шесть молодыхъ врачей изъ казеннокоштныхъ студентовъ для безотлучнаго дежурства при холерныхъ больныхъ (три смѣны по двое). Съ 26 сент. 1852 г. по 21 сент. 1853 г. было принято холерныхъ 737 <sup>2)</sup>.

По окончаніи эпидеміи снова ребромъ ставъ вопросъ о недостаткѣ денежн. средствъ больницы, въ долгахъ (14.431 р. къ 1860 году) и необходимости ремонта. Рѣшеніе уменьшить число коекъ приведено въ исполненіе въ 1861 г. Въ больницѣ закрыто сифилитическое отдѣленіе <sup>3)</sup>. Вмѣстѣ съ тѣмъ уменьшенъ и личный составъ служащихъ: 2 ординатора вмѣсто 4, уничтожены должности: оператора, эконома, помощницы акушерки, 4 фельдшеровъ (оставлено 4 вмѣсто 8) и т. д. Уменьшеніе служащаго персонала дало сбереженіе въ 2.853 р. 54 к. с.

Часть долговъ — около 5.000 (подрядчикамъ, университету, церковныя деньги) было уплочено приказомъ; остальные же деньги (4.524 р.), „забранныя конторою впередъ для содержанія заведенія, какъ невозвратимыя, со счетовъ сложить“.

Самой же цѣлесообразной мѣрой изъ принятыхъ по поводу безденежья несомнѣнно было введеніе *подвижнаго бюджета*. Больница должна была ежегодно представлять въ попеч. совѣтъ смѣты на предстоящій годъ, соразмѣряя свои требованія по различнымъ статьямъ съ дѣйствительными расходами за послѣднее трехлѣтіе и опредѣляя кромѣ того суммы, необходимыя на ремонтъ или капитальныя исправленія зданій. Къ сожалѣнію, впослѣдствіи, когда больница перешла въ собственность университета, бюджетъ былъ снова фиксированъ.

Старшій врачъ, проф. А. И. Поль, не дождался результатовъ междувѣдомственной переписки, вышедши въ отставку въ 1859 г. Назначенный въ томъ же году старшимъ врачомъ и директоромъ госпитальной хирургическ. клиники проф. *Александръ Петровичъ Поповъ* оставался въ этихъ должностяхъ до 1868 года. Его смѣнилъ профессоръ *Иванъ Николаевичъ Новацкій* <sup>4)</sup>.

Новый главный врачъ проявить большую энергію, какъ админи-

<sup>1)</sup> Что позволило бы сократить расходъ на 3.400 руб.

<sup>2)</sup> Подробности у *Новацкаго* (оставленнаго тогда для усовершенств. при госпит. клиникѣ) въ „Москов. Врач. Журналѣ“ того года.

<sup>3)</sup> Взамѣнъ его въ Мясницкой больницѣ открыто новое отдѣленіе на 30 коекъ.

<sup>4)</sup> И. Н. Н., родился въ 1827 г. Окончивъ въ 1812 г. курсъ въ медич. факульт. моск. унив., сначала оставленъ былъ при клиникѣ Варвинскаго. Въ 1854—1856 гг. былъ на театрѣ военныхъ дѣйствій, работалъ одно время подъ наблюд. Н. И. Пирогова. Вернувшись оттуда, посвятилъ себя хирургіи.

страторъ. Онъ, по словамъ его біографіи <sup>1)</sup>, „отдалъ все свое время и всѣ свои силы на приведеніе въ достоудожный порядокъ административно-хозяйственной и медицинско-фармацевтической частей управленія больницею“.

„Не мало трудовъ положено И. Н. Н. на благоустройство больницы аптеки и улучшение пищевого довольствія больныхъ, а также на увеличеніе содержанія низшему персоналу больницы, главнымъ образомъ сидѣлкамъ, получавшимъ въ то время три рубля въ мѣсяцъ „на своихъ харчахъ“.

Немаловажное значеніе во внутренней жизни больницы имѣло и сооруженіе во дворѣ больницы особаго храма для совершенія обрядовъ отпѣваній и поминовеній усопшихъ, совершавшихся до тѣхъ поръ въ церкви внутри зданія больницы и конечно производившихъ самое тягостное впечатлѣніе на больныхъ.

Въ 1875 году больница праздновала столѣтній юбилей и получила наименованіе „Императорской“.

Самымъ важнымъ фактомъ въ жизни больницы при Новацкомъ было полное присоединеніе ея къ Университету.

Приказъ Общественнаго Призрѣнія прекратилъ свое существованіе въ 1887 году, и въ томъ же году больница передана Московскому Университету. Въ тѣхъ же тѣхъ было выработано новое „положеніе“ объ Императорской Екатерининской больницѣ. Основная мысль его та, что Екатерининская больница, являясь отдѣльнымъ учрежденіемъ, руководящимся своими правилами, находится въ то же время въ вѣдѣніи Университета. Больница дѣлится на рядъ клиническихъ отдѣленій (и другихъ учреждений, напр., патологоанатомическій институтъ), имѣющихъ каждое своего вполне самостоятельнаго директора-профессора; въ распоряженіи директора — суммы, отпускаемыя Университетомъ специально для завѣдываемой имъ клиники. Дѣлами больницы (зданіе, служебный персоналъ больницы, содержаніе больныхъ etc.) завѣдуетъ контора, предсѣдателемъ которой состоитъ главный врачъ, членами — его помощникъ и смотритель. Суммы, идущія на содержаніе больницы, опредѣлены „положеніемъ“.

Главный врачъ назначается изъ профессоровъ-директоровъ отдѣленіемъ больницы, его помощникъ — изъ „опытныхъ ассистентовъ — хирурговъ“ (или иное лицо). Дѣла, касающіяся всѣхъ клиническихъ отдѣленій и особю важныя, поступаютъ на разсмотрѣніе Клиническаго Совѣщательнаго Комитета, состоящаго изъ директоровъ клиникъ подъ предсѣдательствомъ главнаго врача. Положеніе объ Императорской Екатерининской больницѣ и *бюджетъ* ея Высочайше утвержденные въ 1889 году, *дѣйствуютъ*, оставаясь неизмѣненными до настоящаго времени.

---

<sup>1)</sup> См. „Памяти Ивана Николаевича Новацкаго“ въ отчетѣ московск. университета за 1902 г., изд. 1903 г.; стр. 442—448.

Клиники госпитальныя, которыя функционировали около времени введенія новаго „положенія“, были слѣдующія:

1. Терапевтическая (проф. А. А. *Остроумовъ*).
2. Хирургическая (проф. И. Н. *Новацкій*).
3. Нервныхъ болѣзней (проф. А. Я. *Кожевниковъ*).
4. Кожныхъ и венерическихъ болѣзней (*Д. И. Найденовъ*, затѣмъ *Н. П. Мансуровъ*).

Кромѣ того, 5. Патологоанатомическій институтъ (проф. И. О. *Клейнъ*).

*И. Н. Новацкому* обязана больница тоже однимъ весьма полезнымъ, а теперь прямо необходимымъ учрежденіемъ — *Екатерининскимъ* благотворительнымъ обществомъ, основаннымъ въ 1875 году. Капиталъ общества въ настоящее время достигъ 52000 руб.<sup>1)</sup>

Въ нашемъ очеркѣ нельзя не упомянуть также о покойномъ *К. О. Клейнѣ*, въ теченіе долгихъ лѣтъ занимавшемъ должность помощника главнаго врача, затѣмъ директора хирургической клиники. Въ бытность помощникомъ главнаго врача онъ часто исполнялъ обязанности главнаго врача, т. к. *И. Н. Новацкій*, не отличаясь хорошимъ здоровьемъ, во вторую половину своей дѣятельности, часто прерывалъ свою служебную дѣятельность<sup>2)</sup>.

Какъ видитъ читатель, прошлое *Екатерининской* больницы было полно затрудненій денежнаго характера. „Недостатокъ средствъ“ — вотъ лейтмотивъ исторіи нашего учрежденія. Къ сожалѣнію, лейтмотивъ этотъ не только не ослабѣлъ въ настоящее время, но сталъ еще громче, настоятельнѣе. Никогда еще больница не переживала такого кризиса какъ теперь. Бюджетъ, утвержденный въ 1889 г., теперь не можетъ удовлетворить требованіямъ жизни: на многіе предметы первой необходимости цѣны возросли втрое. Въ бюджетѣ нѣтъ статьи расходовъ на ремонтъ, вслѣдствіе чего невозможно поддержаніе зданій въ надлежащемъ видѣ. Зданія требуютъ капитальнаго ремонта, а между тѣмъ не хватаетъ средствъ даже на текущіе расходы. Благодаря этому въ настоящее время, съ санкціи медицинскаго факультета, функционируетъ не 220 коекъ, какъ раньше, а только 135.

---

<sup>1)</sup> Кромѣ того при больницѣ имѣются благотворительныя суммы, собранныя изъ разновременныхъ пожертвованій.

<sup>2)</sup> Подробнѣе *К. О. Клейну* и другимъ хирургамъ *Екатерининской* больницы мы надѣемся въ слѣдующемъ выпускѣ ежегодника посвятить особую статью.

ЛИЧНЫЙ СОСТАВЪ КЛИНИКЪ  
Императорской Екатерининской больницы  
въ 1906—07 академическомъ году.

---

**I. Терапевтическая клиника.**

Директоръ — ординарный профессоръ *П. М. Поповъ* (главный врачъ).

Ассистенты: прив.-доц. *В. Θ. Поляковъ*, *В. М. Кожевниковъ*, *С. Д. Серебряковъ*, *А. С. Егоровъ*, *К. Я. Бабаевъ*, *В. О. Гуленко*.

Ординаторы: *М. С. Славолубовъ*<sup>1)</sup>, *К. А. Крюгеръ*<sup>1)</sup>, *П. А. Вишкаревъ*, *А. М. Кезельманъ*, *С. В. Бубновъ*, *П. П. Ластовскій*, *Д. Г. Абессаломовъ*, *А. А. Эйтвидъ*.

Нормальная бактериологическая лабораторія, состоящая при терапевтической клиникѣ.

Завѣдующій — прив.-доц. *В. В. Воронинъ*.

**II. Хирургическая клиника.**

Директоръ — экстраординарный профессоръ *А. В. Мартыновъ* (помощникъ главнаго врача).

Ассистенты: *И. А. Мотовиловъ*, *В. Г. Масвъ*, *А. А. Фейденгольдъ*, *К. К. Ивенсенъ*.

Ординаторы: *А. А. Соколовъ*<sup>1)</sup>, *А. И. Сребрянская* (завѣдующая лабораторіей), *П. П. Никольскій*, *В. С. Мецкерскій*, *Б. А. Монастыревъ*.

**III. Андрологическая клиника.**

Директоръ — заслуженный ординарный профессоръ *Θ. И. Синицынъ* (†).

Ассистенты: прив.-доц. *П. Ф. Богдановъ*, *А. А. Вагаповъ*, *Е. Ф. Вашкевичъ*.

Ординаторы: *Л. Е. Васильевскій*, *И. И. Менищиковъ*, *Р. М. Фронштейнъ*.

**IV. Нервное клиническое отдѣленіе.**

Завѣдующій — прив.-доц. *Г. И. Россолимо*.

Ординаторы: *В. К. Хорошко*, *И. П. Карпачевъ*.

**V. Гинекологич. клин. отдѣленіе.**

Завѣдующій — прив.-доц. *И. А. Воффъ*.

Ординаторъ — *В. А. Александровъ*.

Экстерны: *Вл. Г. Дикъ*, *М. С. Френкель*.

**VI. Клин. отдѣленіе ушн., горлов. и носов. болѣзней.**

Завѣдующій — прив.-доц. *Е. М. Степановъ*.

Ассистентъ — *М. С. Генкинъ*.

**VII. Амбулаторія.**

Постоянные ординаторы: *А. П. Заболотскій*, *К. К. Нагель*

<sup>1)</sup> Въ настоящее время выбыли изъ состава клиники.

### Сердце женщины и климаксъ.

Рѣдкая женщина проходитъ черезъ свой климактерическій періодъ безъ того, чтобы не представить ряда самыхъ разнообразныхъ болѣзненныхъ явленій какъ со стороны нервной и психической сферъ, такъ и со стороны аппаратовъ кровообращенія,—сосудистой системы и самаго сердца.

*Bouffées de chaleur*, головокруженіе и шумъ въ ушахъ, головныя боли, бессонница, раздражительность или угнетенность духа, иногда плаксивость, въ связи съ жалобами на сердцебіеніе или замираніе сердца,—все это обычныя явленія у женщины, которая „отнашиваетъ регулы“.

Такимъ образомъ, увяданіе половой жизни можетъ вызвать извѣстные потрясенія въ организмѣ женщины. Но если фізіологическій resp. естественный климаксъ чреватъ различными болѣзненными припадками, то при насильственномъ подавленіи менструаціи и другихъ функцій половой сферы, вызванномъ оперативнымъ удаленіемъ матки одной или вмѣстѣ съ придатками, когда отправленія этихъ органовъ грубо нарушаются или сразу пресѣкаются,—припадки эти проявляются особенно выпукло.

Искусственный климаксъ протекаетъ несравненно для женщины тягостнѣй, чѣмъ естественный.

Въ нижеслѣдующемъ я буду говорить о сердечныхъ расстройствахъ, наблюдающихся въ климактерическомъ періодѣ безразлично, вызванъ ли онъ искусственно, или является естественнымъ.

Кромѣ обычныхъ спутниковъ климакса, жалобъ на сердцебіеніе и замираніе сердца, безпорядки со стороны сердца могутъ иногда принимать образъ сердечнаго заболѣванія или характера *anginae pectoris*, или, отражаясь на состояніи сердечной мышцы, вызывать расширение сердца.

По нашимъ наблюденіямъ, сердечныя заболѣванія климакса можно распредѣлить на три группы.

**Группа I.** Сердечныя расстройства не идутъ дальше сердцебіенія, жалобъ на замираніе сердца, на то, что сердце „перестаетъ биться“, или, что оно „кувыркается“. Самое тщательное изслѣдованіе сердца



показываетъ, что анатомически оно здорово. Это—типическій неврозъ сердца, легко поддающійся обыкновенно лѣченію. Помимо сердцебіенія наблюдается масса нервныхъ припадковъ: бессонница, раздражительность, частая смѣна настроенія, головокруженіе, а также похолоданіе конечностей и ярко выраженная игра вазомоторовъ,—явленіе, которое французы называютъ *bouffées de sang* или *bouffées de chaleur*,—мгновенное покраснѣніе лица и шеи, чувство жара и біенія въ головѣ и въ сосудахъ шеи, смѣняющееся потомъ. Сердцебіеніе иногда сопровождается тахикардіей, учащеніемъ пульса до 120 и больше ударовъ въ минуту, но большею частью оно является чисто субъективнымъ ощущеніемъ, всегда непріятнымъ и даже тягостнымъ для больныхъ, неоставляющимъ ихъ и ночью.

Если нѣтъ противопоказаній, то гидротерапія (сначала обливанія, потомъ холодный душъ), одна или вмѣстѣ съ препаратами брома или валерьяно-кислаго аммонія, довольно скоро избавляетъ больныхъ отъ ихъ жалобъ. Упорные случаи наблюдаются, но они принадлежатъ къ исключеніямъ.

Отъ сердцебіенія можно давать валерьяну, *castoreum*, ландышъ, *t. lobeliae* *per se* или въ сочетаніи съ лавровишневыми, или гофманскими каплями.

При назначеніи терапіи важно выяснитъ состояніе сосудовъ въ сводахъ. Если гинекологическое изслѣдованіе укажетъ на признаки гипереміи въ маломъ тазу,—полезно начать леченіе съ приставленія пиявокъ (4-6) къ копчику. Пиявки также показываются, если на лицо *bouffées de chaleur*.

**Группа II.** Здѣсь на первый планъ выступаютъ болѣзненные ощущенія въ сторонѣ сердца, доходящія до степени боли. Иногда локализція боли ограничивается одной областью сердца, но зачастую боль иррадируетъ въ лѣвую руку, въ лѣвую лопатку, рѣже—въ лѣвую ногу.

Эта боль или носитъ постоянный характеръ, лишь временами рѣзко обостряясь, или является чисто припадочной.

Въ первомъ случаѣ больныя испытываютъ въ сторонѣ сердца глухую боль, почти не покидающую ихъ и усиливающуюся отъ утомленія, нервного разстройства и проч.

Во второмъ,—въ припадкѣ больныя могутъ совсѣмъ не жаловаться на боли въ сердцѣ, но самый приступъ боли можетъ повторяться по нѣскольку разъ въ день, продолжаясь отъ нѣсколькихъ минутъ до нѣсколькихъ часовъ.

На интеллигентныхъ женщинъ эти боли вліяютъ удручающимъ образомъ, и главная жалоба такихъ больныхъ,—что у нихъ грудная жаба,—доминируетъ надъ всѣми остальными.

Отличить эти припадки отъ истинной *anginae pectoris* помогаютъ: 1) частая повторяемость припадковъ и ихъ, такъ сказать, безнаказанность; 2) картина приступа не носитъ грознаго характера грудной жабы; 3) окончаніе припадка можетъ сопровождаться діурезомъ,

обильнымъ выдѣленіемъ блѣдной спастической мочи; 4) рядъ симптомовъ, свойственныхъ климаксу: *bouffées de chaleur*, нервозность и т. д.

При объективномъ изслѣдованіи получаютъ данныя двоякаго рода:

*Или* мы имѣемъ дѣло съ распространенными межреберными невралгіями лѣвой стороны груди. Чувствительны при давленіи, даже поверхностномъ, почти всѣ межреберные промежутки въ сторонѣ сердца, особенно въ мѣстѣ толчка сердца. Имѣются другіе *points douloureux*, характерные для межреберныхъ невралгій, а также обыкновенно бываетъ чувствителенъ лѣвый *plexus brachialis*.

*Или же* наблюдается боль при глубокомъ давленіи лишь во 2-мъ, 3-мъ и 4-мъ межреберныхъ промежуткахъ въ сторонѣ сердца. Это невралгія сплетеній,—болятъ *plexus coronarius* и *plexus cardiacus*.

На важность этого признака въ семіотикѣ сердца настаивалъ *Peter* <sup>1)</sup>, безъ отношенія впрочемъ къ климаксу. Это не невралгія межреберныхъ нервовъ, ибо отсутствуютъ другія классическія болевая точки, свойственныя межребернымъ невралгіямъ,—около позвоночника и по подмышечной линіи,—и самая боль вызывается глубокимъ давленіемъ, а не поверхностнымъ, какъ бываетъ при межреберныхъ невралгіяхъ.

На всѣ вышеуказанные признаки слѣдуетъ обращать вниманіе главнымъ образомъ у женщинъ пожилыхъ, у которыхъ можно ожидать появленія настоящей грудной жабы; гдѣ, въ силу уже возраста, имѣются нѣкоторыя измѣненія въ объемѣ сердца—въ смыслѣ его увеличенія,—нечистый первый тонъ въ аортѣ и другіе симптомы потери эластичности сосудовъ.

Для успѣшнаго лѣченія нужно имѣть въ виду, что, помимо климакса и связанной съ нимъ менорреміи <sup>2)</sup>, описанныя боли могутъ поддерживаться другими конституціональными состояніями больныхъ (подагра, ожирѣніе) и привычками больныхъ (куреніе табака, употребленіе вина).—Необходимо со всѣми этими факторами считаться, такъ какъ эти боли отличаются иногда упорствомъ.

Больнымъ съ замедленнымъ обмѣнамъ веществъ слѣдуетъ установить соотвѣтствующій режимъ, наладить діету, назначить минеральныя воды, слабительныя, гидротерапію.

На больныхъ, у которыхъ преобладаютъ нервныя явленія, хорошо дѣйствуютъ лѣченія водой (обливанія, души) и впрыскиванія мышьяка, при условіи, конечно, если нѣтъ для *As* противопоказанія со стороны излишней полноты. Большую пользу я видѣлъ также отъ употребленія глицеро-фосфатовъ, въ частности отъ *glycérophosphate Robin*.

Куреніе безусловно должно быть воспрещено, такъ какъ табакъ несомнѣнно вліяетъ отравляющимъ образомъ на нервы вообще, а на нервы сердца особенно. Употребленіе вина должно быть оставлено.

<sup>1)</sup> *Peter*. *Lçons de clinique médicale*. T. III.

<sup>2)</sup> *Keiffer* называетъ менорреміей (*menorrhæmia*) тотъ комплексъ разнообразныхъ разстройствъ нервныхъ, вазомоторныхъ, разстройствъ питанія и обмѣна,—который условливается прекращеніемъ менструацій и функцій (внутренней секреціи) яичниковъ.

Вино пагубно вліяєть на жєнщину въ климактеріумъ, усилюя нервныя и ангионевротическія явленія.

Для купированія болей, если это межреберныя невралгіи, лучше всего примѣнять гальваническій токъ или франклинизацию. Результаты даетъ также свѣтовое лѣченіе.

Въ случаяхъ пораженія сердечныхъ сплетеній, хорошій эффектъ получается отъ мушекъ, величиною въ игральную карту или въ ладонь, на область сердца.

**Группа III.** Эта форма страданія сердца у переставшей менструировать женщины заслуживаетъ особеннаго вниманія, какъ по своему клиническому проявленію, такъ и по важности, которую она представляетъ въ отношеніи предсказанія и леченія. Суть этого заболѣванія — расширение сердца *геср.* увеличеніе размѣровъ сердца въ поперечномъ діаметрѣ. Встрѣчается оно несравненно рѣже, чѣмъ вышеописанныя двѣ группы сердечныхъ разстройствъ.

Въ литературѣ не мало можно найти указаній на сердечныя заболѣванія у женщины во время климакса. Говорится главнымъ образомъ о сердцебіеніи и тахикардіи, наблюдающихся столь часто въ этомъ періодѣ. Имѣются описанія сердечной слабости въ связи съ расширеніемъ сердца и ослабленіемъ сердечныхъ тоновъ и проч. у климактерическихъ женщинъ съ общимъ ожирѣніемъ или страдающихъ артеріосклерозомъ<sup>1)</sup>. Извѣстно также, что регулы, прежде чѣмъ прекратиться, могутъ нѣкоторое время быть очень обильными и продолжительными (*menstrua profusa et protracta*), что сопровождается развитіемъ анеміи, которая съ своей стороны можетъ повести къ расширенію сердца.

Расширеніе сердца, о которомъ я говорю, не связано ни съ однимъ изъ этихъ состояній. Я его наблюдалъ, какъ въ климаксѣ естественномъ, такъ и въ климаксѣ остромъ, у женщинъ молодыхъ, съ здоровымъ до того сердцемъ. Это расширеніе временнаго характера. Оно обыкновенно проходитъ.

Для того, чтобы быть ясно понятымъ, я приведу, въ качествѣ иллюстраціи, исторію болѣзни больной съ такою формой сердечнаго разстройства, лежавшей въ клиникѣ проф. В. О. Снегирева, гдѣ, а равно въ гинекологическомъ институтѣ для врачей, я имѣю честь состоять консультантомъ и наблюдать богатый матеріалъ этихъ двухъ учрежденій.

Г-жа З., 28-ми лѣтъ, уроженка гор. Ярославля. Отецъ скончался лѣтъ 50-ти отъ воспаления легкихъ. Матери 53 года, она жива, здорова. У больной сестра и братъ, люди нервныя. Изъ дѣтскихъ болѣзней указываетъ на корь, скарлатину, вѣтрєнную оспу. Въ дѣтствѣ же, когда больной было 11 лѣтъ, повидимому, страдала перемежающейся лихорадкой, продолжавшейся мѣсяца три. На 15-мъ году стала менструировать. Регулы ходили правильно, обильно, съ болью. 18-ти лѣтъ вышла замужъ. На 19-мъ году перенесла какое-то женское заболѣваніе, — повидимому оофоритъ. Годъ и 9 мѣсяцевъ послѣ замужества —

<sup>1)</sup> *Kisch.* Das geschlechtsleb. d. Weibes. 1904 г.

*H. Huchard.* Tr. clin. d. malad. du coeur. 1893 г.

первые роды. Черезъ два года послѣ перваго ребенка, родила второго. На четвертый день послѣ вторыхъ родовъ явились боли внизу живота, повысилась температура. Больная пролежала недѣли двѣ въ постели. Это было въ 1893 году весною. Въ виду непрекращавшейся боли внизу живота, лѣтомъ того же года, въ Желѣзноводскѣ, больной было сдѣлано выскабливаніе матки. Улучшенія не было, и больная поѣхала въ Петербургъ, гдѣ у нея, въ 1894 г. былъ удаленъ правый яичникъ. Въ іюнѣ 1895 г. заболѣла лѣвостороннимъ сальпингоофоритомъ, потребовавшимъ двукратнаго лѣченія въ Одессѣ, на лиманѣ, въ 1896—1897 г. Въ виду малаго успѣха отъ грязеваго лѣченія, была произведена въ сентябрѣ 1897 г., въ Одессѣ, операція — удалены матка и лѣвый яичникъ.

Больная отмѣчаетъ, что съ того времени, какъ она начала страдать женскими болѣзнями, она постепенно стала разстраиваться нервами. Появились головныя боли, бессонница, угнетенное настроеніе духа, часто стала плакать, испытывать сердцебиеніе. Но особенно плохо она себя почувствовала послѣ послѣдней операціи, когда она не находила себѣ мѣста отъ безпричинной тоски, отъ напролетъ бессонныхъ ночей, сердцебиенія, шума, звона и жара въ головѣ и усиленной потливости („обдавало потомъ“). Кромѣ этого появилась одышка, а также стали отекаютъ въ лодыжкахъ ноги. Въ виду болѣе внизу живота больная обратилась въ клинику проф. В. Ѳ. Снегирева, куда и была принята въ февралѣ 1898 г.

Изъ привычекъ больной нужно отмѣтить куреніе (20 и 30 папирозъ въ день). Пьетъ умѣренно чай, изрѣдка кофе. Спиртныхъ напитковъ не употребляетъ. Питается больше молокомъ (7 - 8 стакановъ въ день) и молочными блюдами: простокваша, творогъ, сметана, молочныя каши. Аппетитъ капризный, — временами плохой, иногда хорошій. Со стороны желудка и кишокъ ничего ненормальнаго не отмѣчается. Печень по размѣрамъ не увеличена, не чувствительна. Селезенка не прощупывается. Чувствительна при давленіи аорта и обѣ повздошныя артеріи. Чувствительны обѣ почки. Отмѣчается болѣзненность по тракту праваго мочеточника. Мочеиспусканіе свободно, не учащено. Цвѣтъ мочи насыщенный; моча не содержитъ ни бѣлка, ни сахара; въ осадкѣ мочекислыя соли. Небольшой сухой кашель, одышка, особенно при движеніи. По перкуссіи и аускультаци въ легкихъ ничего ненормальнаго. Жалуется на сердцебиеніе. *Толчекъ сердца прощупывается кнаружи отъ сосочковой линіи, въ 5-мъ межреберномъ промежуткѣ. Правая граница сердца совпадаетъ съ правымъ краемъ грудины.* Тоны чисты. Пульсъ 112 - 120 въ минуту, правильный, слабого наполненія. Часто болитъ голова и кружится. Потливость. Настроеніе духа угнетенное. Бессонница. Колѣнный рефлексъ повышенъ, глоточный отсутствуетъ. Ноги и руки почти постоянно холодныя. *Небольшой отекъ лодыжекъ.* Сильно похудѣла за послѣдній годъ.

Въ виду увеличенія размѣровъ сердца, частаго и слабого пульса, отека лодыжекъ, — больной былъ назначенъ дигиталисъ, затѣмъ строфантъ и впрыскиванія стрихнина (по 1/25 грана 25 инъекцій). При слабости и сердцебиеніи принимала кофеинъ, валеріановыя и ландышевыя капли.

Въ результатъ такого лѣченія сердце сократилось, пульсъ сталъ рѣже, одышка почти прошла, отекъ ногъ исчезъ.

По выходѣ изъ клиники, больная лѣтомъ принимала соленыя ванны и сдѣлала курсъ лѣченія подкожными впрыскиваніями мышьяка.

Въ концѣ 1898 года больная, по поводу все тѣхъ же болѣе внизу живота, поступила снова въ гинекологическую клинику.

Состояніе сердца: толчекъ прощупывается въ сосочковой линіи, внизу грудины звукъ слегка глуше, чѣмъ вверху. Тоны чисты. Пульсъ около 90, правильный. Жалоба на сердцебиеніе. Одышка только при быстрой ходьбѣ или когда взойдетъ на лѣстницу.

Съ цѣлью удаленія возможныхъ сращеній, образовавшихся послѣ двухъ произведенныхъ операцій, въ полости таза и сдавившихъ нервы, — *inde dolor*, проф. В. Ѳ. Снегиревъ произвелъ лапоротомию.

Какъ операцію, такъ и послѣоперационный періодъ больная перенесла безъ разстройствъ со стороны пульса и дѣятельности сердца. Опасаясь, однако, возможнаго ослабленія сердца, послѣ операціи были назначены, предосторожности ради, впрыскиванія стрихнина. Больная вскорѣ выписалась изъ клиники.

Въ третій разъ я увидѣлъ больную въ ноябрѣ 1902 г., когда она поступила въ Императорскую Екатерининскую больницу по поводу *ischias*.

Со стороны сердца объективно ничего ненормальнаго отмѣтить нельзя было. Толчекъ кнутри отъ сосочковой линіи, правая граница — лѣвый край *sterni*. Тоны чисты. Пульсъ 80, правильный. Одышки нѣтъ. Иногда появляется сердцебиеніе при волненіи.

Итакъ, изъ приведенной исторіи болѣзни видно, что у больной въ остромъ климаксѣ, наряду съ нервными и вазомоторными расстройствами (бессонница, тоска, головная боль, головокруженіе, *bouffées de sang*, похолоданіе конечностей, и т. д.), развилось расширение сердца и появились другіе признаки сердечной слабости: одышка, частый и слабый пульсъ, отекъ лодыжекъ.

Для объясненія патогенеза этого расширения сердца возможны различныя толкованія.

Pollak <sup>1)</sup> кастрировалъ кроликовъ и находилъ у нихъ жировую инфильтрацію сердца.

Если у женщинъ послѣ кастраціи или въ климаксѣ развивается жировой метаморфозъ сердечной мышцы, то понятно, что сердце, мышца котораго потеряла свой нормальный тонусъ, можетъ растянуться. Этому будетъ способствовать повышенное кровяное давленіе, наблюдающееся во время менопаузы.

Но по нашему мнѣнію, изслѣдованія Pollak'a нуждаются въ дальнѣйшихъ подтвержденіяхъ. Факты изъ того же міра животныхъ не говорятъ въ пользу воззрѣній автора. Укажемъ на американскихъ рысаковъ. Среди нихъ часто встрѣчаются кастраты, отличающіеся поразительной силою и міровою рекордною рѣзвостью, обладающіе, какъ говорятъ американцы, „феноменальнымъ сердцемъ“. Выраженіе мѣткое: для силы и рѣзвости необходимо идеально здоровое сердце. Съ другой стороны, если допустить, что жировая инфильтрація сердца временнаго характера, что, вызванная сначала, положимъ, отсутствіемъ въ организмѣ внутренней секреціи яичниковъ и матки (менорремія), она съ теченіемъ времени проходитъ, и въ мышцѣ сердца наступаетъ *restitutio ad integrum*, то связанное съ жировой дегенераціей расширение сердца встрѣчалось бы все-таки очень часто. Пожалуй, являлось бы какъ правило, особенно при остромъ климаксѣ. Этого въ дѣйствительности не наблюдается. Такимъ образомъ, приходится искать другого объясненія для разбираемаго нами расширения сердца.

Извѣстно, какое громадное вліяніе оказываетъ на сердце состояніе нервной и психической сферъ. Это вліяніе французы издавна опредѣляютъ выраженіемъ: *le coeur physique est doublé d'un coeur moral* (Corvisart). О. Fräntzel <sup>2)</sup>, О. Rosenbach <sup>3)</sup>, Krehl <sup>4)</sup> допускаютъ влія-

<sup>1)</sup> Über d. anticipirte Klimax. Monatsschr. f. Geb. u. Gynäk. Bd. XXII. H. 3.

<sup>2)</sup> Vorles. über d. Krankh. d. Herzens.

<sup>3)</sup> Die Krankh. d. Herz. u. ihre Behandl.

<sup>4)</sup> Die nervöse Herz-Krankh. 1903.

ніе нервнихъ причинъ на появленіе разстройствъ сердечной дѣятельности. Роль нервной системы въ патогенезѣ недостаточности сердечной мышцы не отрицается даже сторонниками міогенной теоріи сердечныхъ сокращеній, ставящихъ дѣятельность сердца въ зависимость отъ состоянія мышцы сердечной, — что видно изъ заявленія *Romberg'a* на 17-мъ конгрессѣ внутренней медицины, въ Германіи.

Изъ позднѣйшихъ работъ, разбирающихъ отношенія между разстройствами нервной системы, въ частности между душевными эмоціями и заболѣваніями сердца укажу на статью *Müller'a* <sup>1)</sup>, а также на наблюденія *Jacob'a* <sup>2)</sup>, *Kress'a* <sup>3)</sup>, *Cheinisse'a* <sup>4)</sup>, а изъ русскихъ авторовъ — *Марморштейна* <sup>5)</sup>. Эти наблюденія устанавливаютъ, что подъ вліяніемъ разстройства нервной системы, психическихъ аффектовъ и психастеніи, можетъ наступить расширеніе сердца.

Патологическія явленія со стороны нервной системы въ климаксѣ, особенно остромъ, столь значительны и разнообразны, что могутъ совершенно измѣнить характеръ женщины, сдѣлать ее почти что нетерпимой для окружающихъ и самой больной доставить большія страданія, словомъ, произвести въ организмѣ настоящій разгромъ тѣлесныхъ и душевныхъ силъ. „Бессонница и рядъ другихъ нервныхъ явленій могутъ довести больную и до состоянія психоза“, — говоритъ проф. *Снегиревъ* <sup>6)</sup> въ главѣ объ удаленіи придатковъ.

Такое моральное состояніе можетъ, конечно, непосредственно воздѣйствовать на центры иннерваціи сердца, въ частности на центральные узлы п. *vagi*, — отсюда пониженіе тонуса сердечной мышцы, — а повышеніе кровяного давленія, наблюдающееся во время менопаузы, и появленіе вазомоторныхъ разстройствъ, главнымъ образомъ спазмъ сосудовъ, также поднимающій давленіе крови, — все вмѣстѣ взятое въ состояніи повести къ расширенію сердца.

Какъ я упомянулъ выше, описанное заболѣваніе сердца мнѣ приходилось видѣть и при естественномъ климаксѣ. Я ни разу не наблюдалъ, чтобы оно не уступило лѣченію, чтобы, другими словами, дѣло окончилось міокардитомъ.

Чѣмъ раньше примѣнить терапію, тѣмъ результаты лучше.

Понятно, если это расширеніе осложнитъ имѣющееся органическое страданіе сердца, затронетъ сердечную мышцу уже больную, то оно можетъ повести къ опасному упадку сердечной дѣятельности. Въ этомъ отношеніи я присоединяюсь къ наблюденіямъ *Косткевича* <sup>7)</sup> надъ вліяніемъ климактерическаго періода на теченіе болѣзней сердца.

1) Über d. Bezieh. von seelisch. Empfind. zu Herzstör. Münch. med. Woch. 1. 1906.

2) Ac. u. chron. angiospast. Herzerweit. C. Bl. f. in. med. 1895.

3) Z. Frage d. ac. Herzdil. Neurol. C. Bl. 1905; p. 882.

4) Sem. Méd. 1907. № 9.

5) „Рус. Врачъ“. 1906. Стр. 510.

6) Маточн. кровотеченія. Стр. 300.

7) Русск. Арх. Патол., Клин. мед. и Бактер. 1899. Т. X.

По отношенію къ предсказанію плохое мѣсто занимаютъ фибромы матки, вслѣдствіе развивающагося при фибромахъ бурого перерожденія мышцы сердца.

При лѣченіи должно быть обращено вниманіе на приведеніе въ порядокъ всѣхъ органовъ и системъ, и, конечно, по той роли, которую она играетъ въ развитіи самаго страданія, нервной системы.

Для укрѣпленія сердца, кромѣ перечисленныхъ (см. исторію болѣзней) средствъ, укажу на углекислыя ванны и массажъ сердца.

Наконецъ, — опотерапія для тѣхъ, кто вѣритъ въ нее.

---



## Объ эмиграціи лимфоцитовъ и ея отношеніи къ спорнымъ вопросамъ цитологіи.

Два года назадъ *O. Israel*, <sup>1)</sup> отвергъ всякое значеніе работъ *Wolff'a*, *Hirschfeld'a*, *Almqvist'a* и др., вторично объявилъ себя убѣжденнымъ сторонникомъ мнѣнія *Ehrlich'a*, по которому однимъ изъ важнѣйшихъ и руководящихъ положеній современной гематологіи является отрицаніе у лимфоцитовъ (незернистыхъ, базофильныхъ) способности къ передвиженію, а слѣдовательно и къ эмиграціи <sup>2)</sup>.

Прежде чѣмъ обратиться къ разсмотрѣнію вѣскихъ и остроумно сопоставленныхъ доводовъ *Israel'a*, направленныхъ противъ защитниковъ активнаго лимфоцитоза и активной подвижности лимфоцитовъ, напомнимъ вкратцѣ о тѣхъ изслѣдованіяхъ, которыя были произведены до той поры въ этой области; они, именно, и вызвали *Israel'a* къ выступленію. Извѣстно, что *Wolff*, изучившій морфологію плевритическихъ эксудатовъ, пришелъ къ заключенію о существованіи активнаго лимфоцитоза <sup>3)</sup>; пріоритетъ *Wolff'a* оспаривается, впрочемъ, *Jolly*, давно, будто бы, убѣдившимся въ способности лимфоцитовъ къ активному движенію <sup>4)</sup>.

До этихъ двухъ авторовъ, со времени работъ которыхъ и начинается новѣйшая исторія вопроса, въ литературѣ можно найти указанія, правда не вполне точныя и опредѣленные, на способность лимфоцитовъ къ движенію.

*Ranvier* уже очень давно наблюдалъ движенія бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ и притомъ „малыхъ лимфатическихъ клѣтокъ“, т.-е. лимфоцитовъ. Эти данныя можно найти разбросанными въ главѣ о лимфѣ и ея циркуляціи, написанной классическимъ представителемъ старой школы гистологіи <sup>5)</sup>.

Недостаточность методовъ изслѣдованія, отсутствіе современныхъ способовъ окраски, дифференцирующихъ различные виды бѣлыхъ

---

<sup>1)</sup> *O. Israel*. Berl. Klin. Woch. 1905. № 18.

<sup>2)</sup> *Ehrlich*. *Lazarus*. Die Anämie. Hothnagel's specielle Pathologie und Therapie. Wien. 1898.

<sup>3)</sup> *Wolff*. Deutsche Aerztezeitung. 1901. № 18.

<sup>4)</sup> *Jolly*. Corpt. rend. de la société de biologie, 1898, 8 janvier. Archiv. de méd. expér, 1902.

<sup>5)</sup> *Ranvier's*, Technisches Lehrbuch der Histologie, Leipzig, 1888; также и въ старѣйшихъ французскихъ изданіяхъ.



кровенныхъ шариковъ, придають въ настоящее время изслѣдованіямъ *Ranvier* въ этой области почти уже историческій интересъ.

Подобное значеніе имѣютъ и наблюденія *Max Schultze* относительно движенія большихъ одноядерныхъ клѣтокъ крови.

Съ тѣхъ поръ какъ *Ehrlich* авторитетно отвергъ способность лимфоцитовъ къ передвиженію и къ эмиграціи, вопросъ считался рѣшеннымъ, и не возникало болѣе желанія провѣрить это важное съ общепатологической точки зрѣнія положеніе до тѣхъ поръ, пока цитологическія изслѣдованія плевритическихъ выпотовъ, произведенныя во множествѣ представителями французской и нѣмецкой школъ, не заставили задаться вопросомъ о путяхъ появленія лимфоцитовъ въ экссудатахъ туберкулезнаго происхожденія.

*Wolff* у принадлежитъ заслуга, что онъ вопреки авторитету *Ehrlich*'а и господствующему ученію, силою наблюденій пришелъ къ мысли о существованіи активнаго лимфоцитоза, призналъ эмиграцію лимфоцитовъ въ серозныя полости подъ вліяніемъ химіотактическихъ свойствъ туберкулезной инфекции, какъ существующую. *Wolff* не долго оставался одинокимъ въ своихъ воззрѣніяхъ. Вскорѣ *Hirschfeld* <sup>1)</sup> увидѣлъ движеніе лимфоцитовъ въ нормальной и патологической крови, наблюдая послѣднюю по методу *Deetjen*'а. *Максимовъ* наблюдаетъ движеніе лимфоцитовъ въ каплѣ крови кролика, нагрѣтой до 41—42°. *Almqvist* <sup>2)</sup>, впрыскивалъ въ серозную полость морской свинки дифтеритную культуру и находилъ въ содержимомъ полости кромѣ полинуклеаровъ еще и лимфоцитовъ; въ заключеніе и *Almqvist* высказался за активную эмиграцію лимфоцитовъ.

Казалось бы, что воззрѣнія *Wolff*'а нашли сильную поддержку въ вышеприведенныхъ работахъ; однако то обстоятельство, что эти наблюденія были произведены частью надъ патологической кровью, частью надъ кровью, поставленной въ особія, искусственныя, далеко отъ нормальныхъ условія, дало поводъ къ многочисленнымъ возраженіямъ.

Въ этомъ смыслѣ *Власовъ* и *Сеннъ* повторили и подтвердили опыты *Максимова*, равно произвели самостоятельныя наблюденія <sup>3)</sup>; въ итогѣ послѣднихъ оказалось, что лимфоциты способны къ амебоиднымъ движеніямъ, но лишь внѣ границъ нормальной фізіологической дѣятельности.

Согласно выводамъ авторовъ, лимфоциты, неподвижныя при условіяхъ болѣе близкихъ къ нормальнымъ, получаютъ своеобразную способность двигаться при особыхъ, ненормальныхъ условіяхъ; послѣднія таковы: перегрѣваніе среды, въ которой находятся лимфоциты, до 44°—46°, наблюденіе лимфоцитовъ по методу *Deetjen*'а съ замѣной въ

<sup>1)</sup> *Hans Hirschfeld*. Sind die Lymphocyten amöboider Bewegung fähig? Ber. Klin. Woch. 1901. № 40.

<sup>2)</sup> *Almqvist*. Virch. Arch. 1902.

<sup>3)</sup> *Власовъ* и *Сеннъ*. Медиц. Обозрѣніе. 1903. № 7.

этой средѣ фосфатовъ плацентарной вытяжкой, прибавленіе къ жидкой средѣ пептоновъ; словомъ, пока не доказано движеніе лимфоцитовъ въ естественныхъ условіяхъ ихъ жизни, авторы считаютъ вопросъ рѣшеннымъ въ отрицательномъ смыслѣ.

Доказанная, а затѣмъ и подтвержденная противниками способность лимфоцитовъ къ движенію дала возможность *Pröscher'у*<sup>1)</sup> и *Wolff'у*<sup>2)</sup> возразить *Власову* и *Сенну*, что самый ярый сторонникъ и защитникъ способности лимфоцитовъ къ эмиграціи не могъ бы придумать лучшей аргументаціи, чѣмъ это сдѣлали названные авторы.

Годъ спустя появилась работа *Wolff'a* и *Torday'я*<sup>3)</sup>, гдѣ они, основываясь на томъ фактѣ, что впрыскиваніе въ брюшную полость мышей токсиновъ нѣкоторыхъ микроорганизмовъ вызываетъ у животныхъ обильный лимфоцитозъ въ содержимомъ брюшной полости, снова объясняютъ появленіе лимфоцитовъ въ брюшной полости активнымъ ихъ діapedезомъ черезъ стѣнки кровеносныхъ сосудовъ.

Въ томъ же году мы<sup>4)</sup> указали, что впрыскиваніе въ брюшную полость морской свинки теплаго раствора пилокарпина вызываетъ у животнаго черезъ нѣсколько минутъ послѣ инъекціи появленіе въ брюшной полости лимфоцитовъ въ значительномъ количествѣ; этотъ лимфоцитозъ сопровождается появленіемъ въ брюшной полости и лейкоцитовъ, но не зрѣлыхъ. Хининъ, который, какъ извѣстно, парализуетъ движеніе лейкоцитовъ, оказываетъ такое же вліяніе и на протоплазму лимфоцитовъ, и, если хининомъ можно задержать выселеніе лейкоцитовъ изъ сосудистой системы, то такое же дѣйствіе оказываетъ хининъ и на эмиграцію лимфоцитовъ.

Господствующее въ наукѣ ученіе, отрицавшее активную подвижность лимфоцитовъ и способность ихъ къ эмиграціи, оказало свое вліяніе въ томъ смыслѣ, что кромѣ вышеупомянутыхъ работъ за указанный періодъ времени не появилось на свѣтъ другихъ, направленныхъ къ экспериментальному рѣшенію вопроса объ эмиграціи лимфоцитовъ; между тѣмъ накопившійся клиническій матеріалъ неминуемо наводитъ на мысль о существованіи активного діapedеза лимфоцитовъ.

Клиника установила, что туберкулезнаго происхожденія выпоты, даже сопровождающіеся бурными явленіями воспаления, содержатъ почти исключительно лимфоцитовъ; при заушницѣ, осложненной менингитомъ, *Chauffard*<sup>5)</sup> находилъ въ цереброспинальномъ выпотѣ

<sup>1)</sup> *T. Pröscher*. Ueber experimentelle Erzeugung von Lymphocytenexsudaten. Vir. Arch. 1905. Bd. 179. стр. 29.

<sup>2)</sup> *Wolff*. Ueber aktive Lymphocytose. Ber. Kl. Woch. 1906. № 9 и слѣд.

<sup>3)</sup> *Wolff*. und *Torday*. Ueber experimentelle Erzeugung von Lymphocytenexsudaten. Ber. Klin. Woch. 1904. № 49.

<sup>4)</sup> *В. Поляковъ*. Активная подвижность лимфоцитовъ и значеніе ея для цитодіагноза. Мед. Обозр. 1904. № 11.

<sup>5)</sup> *Chauffard*, Semaine Médicale 1904. № 13. стр. 101.

однихъ лимфоцитовъ, при тифѣ эксудаты зачастую содержатъ лимфоцитовъ въ преобладающемъ количествѣ <sup>1)</sup>).

Въ текущемъ году мы наблюдали въ клиникѣ случай, гдѣ лобарная пневмонія осложнилась серознымъ эксудатомъ, а затѣмъ и абсцессомъ въ легкихъ, Интересъ его заключался въ томъ, что серозный выпотъ, заключавшій въ себѣ чистую культуру *diplobacillus Friedländer'a* морфологически состоялъ изъ лимфоцитовъ въ громадномъ количествѣ и кровяныхъ шариковъ. Подобный морфологическій составъ эксудата держался все время: съ начала возникновенія послѣдняго и до его исчезновенія. Повторныя изслѣдованія мокроты и дальнѣйшее теченіе болѣзни, кончившейся выздоровленіемъ послѣ самопроизвольнаго вскрытія легочнаго абсцесса черезъ бронхи, говорили противъ возможности участія туберкулезной инфекции. Упомянутый случай, помимо другихъ его интересныхъ клиническихъ особенностей, о которыхъ здѣсь не мѣсто говорить, поучителенъ въ томъ отношеніи, что онъ представляетъ примѣръ активной эмиграціи лимфоцитовъ въ серозную полость, происшедшей подъ вліяніемъ опредѣленной инфекции <sup>2)</sup>).

Несмотря на подобные факты, число которыхъ разбросано въ литературѣ въ немаломъ количествѣ, представленіе о неподвижности лимфоцитовъ, о томъ, что они неспособны къ активному діapedезу настолько вліяло на умы, что многимъ, которымъ приходилось наталкиваться на дѣйствительность, говорившую въ пользу существованія активной эмиграціи лимфоцитовъ, было легче давать факту маловѣроятное объясненіе или вовсе уклоняться отъ него, чѣмъ отрѣшиться отъ своего *credo*.

Когда *Schridde* заявилъ въ печати, что нахожденіе имъ лимфоцитовъ торчащими въ стѣнкахъ капилляровъ лимфатическихъ узловъ при лимфоцитеміи, говоритъ въ пользу способности лимфоцитовъ къ эмиграціи, *Mosse* <sup>3)</sup> отвѣтилъ, что онъ уже наблюдалъ это явленіе при лимфатической лейкоеміи, то же самое видѣлъ и *Glinski* <sup>4)</sup> въ миндалевидныхъ железахъ, однако подобные факты авторъ не считаетъ доказательными для признанія за лимфоцитами способности къ эмиграціи.

*Bibergeil* <sup>5)</sup> изучавшій цитологическія особенности выпотовъ, оставляетъ вопросъ объ эмиграціи лимфоцитовъ открытымъ, но въ тоже время считаетъ возможнымъ объяснить ихъ происхожденіе изъ субплевральной соединительной ткани. *Rappenheim* <sup>6)</sup> полагаетъ, что одно-

<sup>1)</sup> *Brion*. Centralblatt für allgemeine Pathologie. 1903. № 15; здѣсь собрана большая литература по данному вопросу.

<sup>2)</sup> Какъ выше упомянуто, изъ эксудата была выдѣлена чистая культура *diplobacill'ъ Friedländer'a*; эти же микроорганизмы во множествѣ найдены въ препаратахъ эксудата.

<sup>3)</sup> *Mosse* Centralblatt für all. Pathol. 1905, № 21, стр. 856.

<sup>4)</sup> *Virch. Arch.* 1903.

<sup>5)</sup> *Bibergeil*. Ergebnisse cytodiagnosticscher Untersuchungen. Festschrift für Senator Hirschwald. 1904.

<sup>6)</sup> См. Wolff. op. cit.

ядерныя бѣлыя кровяныя тѣльца эксудатовъ-гистіогеннаго происхожденія, представляютъ собою т. н. *Plasmazellen*, и высказывается противъ возможности діapedеза лимфоцитовъ. *Umberto Daganello* <sup>1)</sup> склоненъ признать, что элементы мелкоклѣточной инфильтраціи суть лимфоциты, вышедшіе изъ кровеносной системы. Сюда же относится и работа *Gottfried'a Schwarz'a* <sup>2)</sup>, который наблюдалъ въ воспаленномъ сальникѣ кролика сосуды, набитые лейкоцитами, а иногда и лимфоцитами, изъ которыхъ многіе торчали въ стѣнкахъ сосудовъ; по мнѣнію автора это говоритъ въ пользу активной эмиграціи лимфоцитовъ, въ противоположность мнѣнію *Marchand*, который съ трудомъ допускаетъ возможность объяснить происхожденіе периваскулярныхъ инфильтратовъ эмиграціей.

Подобныя неувѣренныя, а подчасъ и полныя условности объясненія наблюдаемыхъ фактовъ, кажутся тѣмъ болѣе поразительными, что уже до того можно было найти въ работахъ *Ziegler'a*, *Никифорова* и др. руководящія идеи, которыя подкрѣпляютъ данныя клиническихъ изслѣдованій и неминуемо наводятъ на мысль о способности лимфоцитовъ къ эмиграціи.

Тѣмъ не менѣе ученіе объ активномъ лимфоцитозѣ и эмиграціи лимфоцитовъ, которое многимъ обязано клиникѣ и эксперименту, имѣло свои слабыя стороны, несвободныя отъ возраженій положенія; это дало возможность *O. Israel'ю* <sup>3)</sup> выступить противъ него съ цѣлымъ рядомъ критическихъ замѣчаній, которыя не могли остаться безъ отвѣта со стороны тѣхъ, которые защищали новый взглядъ на активное происхожденіе лимфоцитовъ въ эксудатахъ полостей.

Прежде всего *Israel* утверждаетъ, что лимфоциты эксудатовъ происходятъ изъ лимфатической системы, но не изъ кровеносныхъ сосудовъ, заносятся и попадаютъ они въ серозныя полости съ токомъ лимфы изъ лимфатической системы, облегающей серозныя полости. Дѣйствительно, пока не будетъ установлено морфологическое различіе между лимфоцитами крови и лимфатической системы трудно рѣшить вопросъ о происхожденіи лимфоцитовъ въ эксудатахъ серозныхъ полостей. Таково мнѣніе *Ehrlich'a* <sup>4)</sup>.

*Israel* представляетъ себѣ дѣло такимъ образомъ, что непосредственно вслѣдъ за впрыскиваніемъ въ брюшную полость раствора веществъ, влекущихъ за собой появленіе въ содержимомъ полости лимфоцитовъ, прсжде всего происходитъ слушиваніе покрывающаго стѣнку полости покровнаго эпителія; такимъ образомъ раскрываются

---

<sup>1)</sup> *Umberto Daganello*. Ueber die Struktur und Granulierung der Zellen des akuten und chronischen Eiters des Menschen. Vir. Arch. Bd. 172. Hft. 2, стр. 199.

<sup>2)</sup> *Schwarz Gottfried*. Studien über im grossen Netze des Kaninchens vorkommende Zellformen. V. Arch. 1905. Bd. 179. Hft. 2, стр. 260.

<sup>3)</sup> См. обширную статью *O. Israel'я*, помѣщенную въ Ber. Kl. Woch. за 1905, въ № 18.

<sup>4)</sup> См. статью *Wolff'a* въ Berl. Kl. Wochen. за 1906. № 9, стр. 261.

лимфатическія щели, и лимфоциты вмѣстѣ съ хлынувшимъ черезъ раскрытыя устья лимфатическихъ сосудовъ потокомъ лимфы, попадаютъ въ серозную полость.

Въ отвѣтъ на это утвержденіе *Israel'я Wolff* возразилъ, что появленіе эпителиальныхъ клѣтокъ въ экссудатѣ брюшной полости представляетъ собою явленіе вторичное, наступающее уже черезъ сравнительно долгое время послѣ инъекціи въ брюшную полость раствора веществъ, вызывающихъ лимфоцитозъ; въ первое время послѣ инъекціи ихъ замѣчается весьма небольшое количество. Фактъ, какъ говоритъ *Wolff*, необъяснимый съ точки зрѣнія *Israel'я*, который объясняетъ присутствіе лимфоцитовъ механическимъ ихъ вымываніемъ изъ лимфатическихъ пространствъ черезъ устья, лишенная своей естественной преграды — эпителиальнаго покрова.

Съ своей стороны замѣтимъ, что если взять каплю содержащаго брюшной полости морской свинки послѣ впрыскиванія въ нее воднаго раствора пилокарпина, то проба жидкости, извлеченная помощью пипетки, совершенно мутна отъ присутствія въ ней лимфоцитовъ; какъ только что было сказано, эпителиальныхъ клѣтокъ въ ней встрѣчается очень немного; если подобную каплю помѣстить въ счетчикъ *Zeiss'a*, то содержаніе лимфоцитовъ въ ней выразится въ количествѣ отъ 9.000 — до 20.000 на sub mil. <sup>1)</sup>).

Если припомнить, что то небольшое количество серозной жидкости, которое находится въ нормѣ въ брюшной полости, содержитъ форменные элементы въ очень небольшомъ количествѣ, что лимфа грудного протока содержитъ лимфоцитовъ въ количествѣ отъ 2 до 7 тысячъ въ sub. mil.<sup>2)</sup>), то становится непонятнымъ съ точки зрѣнія *Israel'я*, какимъ путемъ вымывается изъ лимфатической системы въ полость воспаленной плевры или брюшины, или при опытахъ со впрыскиваніемъ въ названныя полости животныхъ веществъ, вызывающихъ лимфоцитозъ, то громадное количество лимфоцитовъ, о которомъ мы говорили, значительно превосходящее ихъ нормальное содержаніе въ лимфѣ. Тутъ пришлось бы говорить о накопленіи лимфоцитовъ въ полости съ одновременнымъ преобладаніемъ оттока жидкой части лимфы надъ ея притокомъ въ серозную полость; предположеніе, явно противорѣчающее фактамъ клиническаго наблюденія и эксперимента; экссудатъ, будь онъ инфекціоннаго происхожденія или будь онъ вызванъ впрыскиваніемъ раствора различныхъ веществъ<sup>3)</sup>), въ первое время своего существованія быстро нарастаетъ.

Въ это же время и лимфоциты находятся въ наибольшемъ количествѣ.

---

<sup>1)</sup> В. Поляковъ. Активная подвижность лимфоцитовъ и ея значеніе для цитодіагноза. Мед. Обозрѣніе. 1904. № 11.

<sup>2)</sup> *Grawitz*. Klinische Pathologie des Blutes. Leipzig. 1906. стр. 144.

<sup>3)</sup> W. Poljakoff. Ueber die Eigenthümlichkeiten der Eutzündungsreaktion in der Bauchhöhle. Centralblatt für Bakteriologie. XXIV. Bd. № 4—5.

Слѣдующее возраженіе *Israel*'я противъ признанія за лимфоцитами способности къ активной эмиграціи заключается въ томъ, что способность ихъ къ движенію, которая была установлена нѣкоторыми авторами (*Максимовъ*, *Hirschfeld* и др.) не есть еще доказательство способности ихъ къ эмиграціи, діapedезу; лимфоциты обладаютъ большимъ ядромъ, строеніе и форма котораго препятствуетъ прохожденію этихъ форменныхъ элементовъ черезъ сосудистую стѣнку; кромѣ того кольцо протоплазмы, окружающее ядро лимфоцита, такъ значительно, что, по мнѣнію *Israel*'я, этимъ самымъ исключается возможность сколько-нибудь значительнаго мѣстнаго передвиженія лимфоцита. Наконецъ, до сихъ поръ никто не наблюдалъ прохожденія лимфоцита черезъ сосудистую стѣнку. Кромѣ того, еще одно существенное возраженіе *Israel*'я. Онъ не считаетъ „гематологическія“ изслѣдованія, производимыя помощью одного покровнаго стекла, на которомъ фиксирована капля эксудата съ цѣлью изученія его морфологическаго состава, достаточными для того, чтобы на основаніи ихъ можно было выводить заключенія, идущія въ разрѣзъ съ господствующимъ и утвердившимся въ наукѣ воззрѣніемъ; онъ требуетъ патолого-анатомическихъ изслѣдованій, изученія срѣзовъ тканей, изученія состоянія лимфоцитовъ *in situ*, соглашаясь при этомъ, что необходимая дифференцировка лимфоцитовъ отъ другихъ форменныхъ элементовъ одного типа съ первыми, въ срѣзахъ едва ли можетъ привести къ успѣшнымъ результатамъ.

Всѣ вышеприведенные доводы *Israel*'я, направленные противъ признанія активного лимфоцитоза въ серозныхъ полостяхъ, заслуживаютъ полнаго вниманія; до тѣхъ поръ пока они останутся безъ отвѣта, новое направленіе въ гематологін и общей патологін не будетъ покоиться на твердомъ основаніи.

Постараемся пополнить эти пробѣлы, показавши во 1-хъ, что лимфоциты попадаютъ въ эксудатъ изъ кровеносной системы, а не изъ лимфатической, что выходятъ они изъ сосудовъ помощью активныхъ движеній; что на препаратахъ патолого-анатомическихъ, окрашенныхъ по способу, дающему возможность дифференцировать различныя виды форменныхъ элементовъ крови, можно видѣть застигнутыхъ во время экстравазаціи и движенія лимфоцитовъ; сравнимъ наши данныя съ наблюденіями, произведенными за послѣднее время другими авторами и тогда, быть можетъ, возраженія *Israel*'я можно будетъ почесть не оставшимися безъ отвѣта.

Выше были приведены соображенія, по которымъ нельзя было признать, что лимфоциты механически заносятся съ токомъ лимфы въ эксудатъ серозныхъ полостей; теперь покажемъ, что попадаютъ они туда активнымъ путемъ изъ кровеносной системы.

Хининъ, какъ извѣстно, парализуетъ эмиграцію лейкоцитовъ<sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> В. Воронинъ. Изслѣдованія о воспаленіи. Дисс. Москва. 1897.

Цѣлый рядъ наблюдателей показалъ, что введеніе хинина въ кровеносную систему или даже мѣстное приложеніе растворовъ его на воспаленныя ткани дѣйствуетъ задерживающимъ образомъ на эмиграцію лейкоцитовъ. Обыкновенно считаютъ, что  $\frac{1}{2000}$  хинина по отношенію къ количеству изслѣдуемой крови достаточно для того чтобы прекратить движенія лейкоцитовъ на предметномъ стеклѣ. По *Pouchet* <sup>1)</sup> необходимо ввести  $\frac{1}{20000}$  хинина по отношенію къ вѣсу животнаго, чтобы парализовать способность лейкоцитовъ къ эмиграціи. Впрочемъ это относится къ опытамъ *in vitro*. Для того, чтобы добиться парализующаго вліянія хинина на активный діapedезъ, необходимо брать значительно большія дозы. Изъ нашихъ опытовъ выяснилось, что только  $\frac{1}{5000}$  по вѣсу прекращаетъ эмиграцію лейкоцитовъ. Въ другомъ мѣстѣ <sup>2)</sup> мы, пользуясь методомъ *Funk'a* <sup>3)</sup>, показавшаго, что впрыскиваніе воднаго раствора пилокарпина въ брюшную полость кролика вызываетъ помимо общаго лимфоцитоза въ крови и лимфоцитозъ въ содержимомъ брюшной полости, доказали, что хининъ, парализующій движеніе лейкоцитовъ, оказываетъ такое же вліяніе и на діapedезъ лимфоцитовъ. При помощи постепенно повышаемыхъ дозъ хинина можно добиться того, что впрыскиваніе раствора пилокарпина уже не вызываетъ болѣе появленія въ содержимомъ брюшной полости лимфоцитовъ. Различіе въ дѣйствіи хинина на протоплазму лейкоцитовъ и лимфоцитовъ заключается въ томъ, что только введеніе  $\frac{1}{3000}$  по вѣсу хинина прекращаетъ появленіе лимфоцитовъ въ содержимомъ брюшной полости. Какъ видно изъ прилагаемой діаграммы, уменьшеніе числа лимфоцитовъ наступаетъ при впрыскиваніи въ брюшную полость  $\frac{1}{20000}$  по вѣсу хинина и постепенно прогрессируетъ до почти полнаго ихъ исчезновенія по мѣрѣ увеличенія дозы хинина.

Эти опыты говорятъ за то, что лимфоциты, находящіеся въ содержимомъ брюшной полости вслѣдъ за впрыскиваніемъ въ послѣднюю воднаго раствора пилокарпина, не попадаютъ туда механически вмѣстѣ съ токомъ лимфы, но что они эмигрируютъ туда помощью активныхъ движеній, присущихъ ихъ протоплазмѣ.

Далѣе, съ цѣлью выяснить, насколько сосудистая система брюшной полости принимаетъ участіе въ этомъ лимфоцитозѣ, были подвергнуты микроскопическому изслѣдованію брыжжейки морскихъ свинокъ, которымъ предварительно былъ впрыснутъ въ брюшную

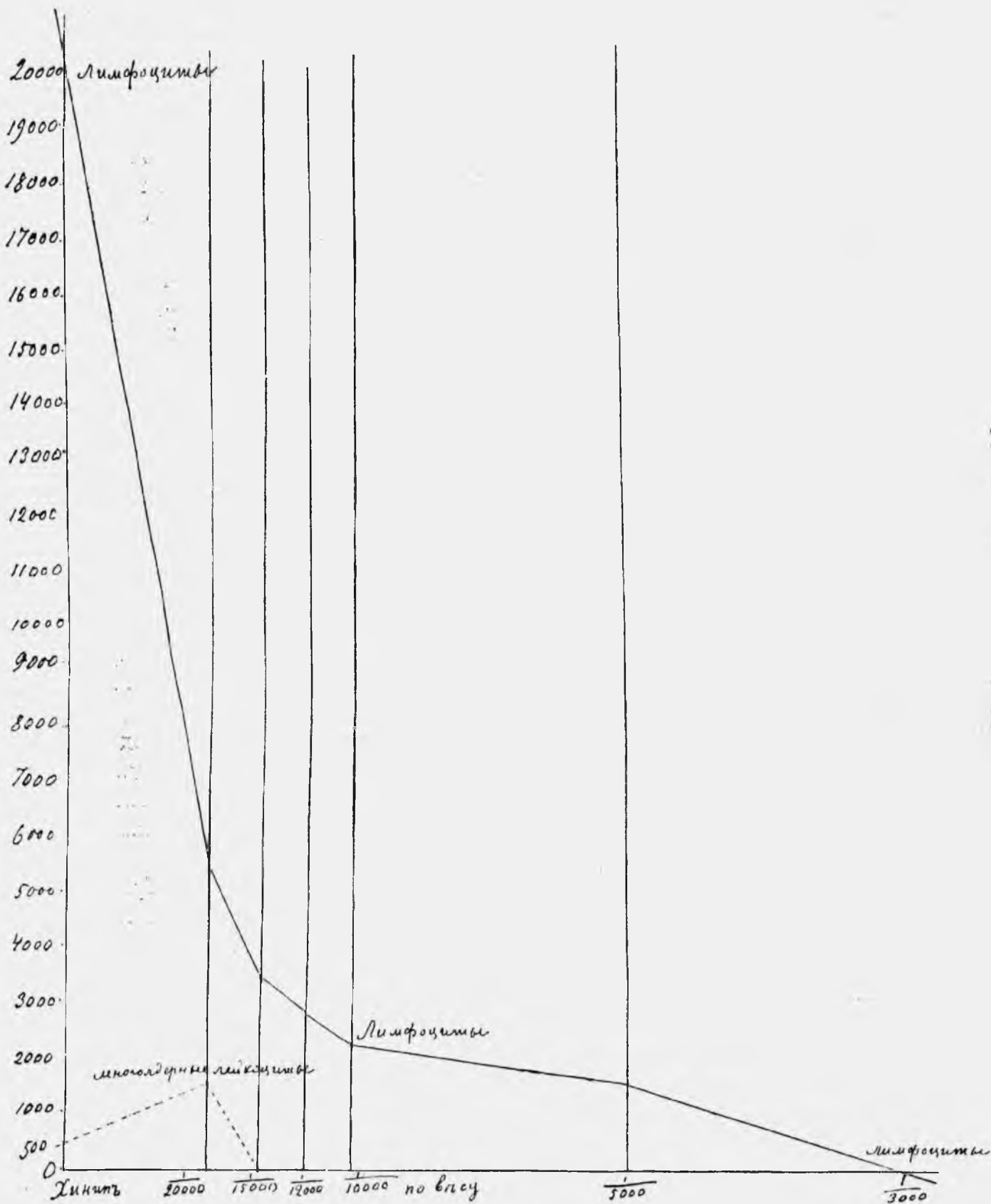
1) *Pouchet*. Leçons de Pharmacodynamie et de Matière médicale. Paris. 1902.

2) Активная подвижность лимфоцитовъ. *Loc. cit.*

3) *Funk*. Das antileukocytaire Serum. Centralblatt für Bakteriologie. 1900. № 18—19.

Интересно отмѣтить, что въ настоящее время мы знаемъ много веществъ, которыя будучи введены въ токъ крови (ушную вену) животныхъ, вызываютъ лимфоцитозъ крови, сюда кромѣ пилокарпина относятся мускаринъ, адреналинъ, хлористый барій. См. Harvey, M. B. Supplements to the British Med. Journal. June 22. 1907, стр. 409.

Лишній доводъ въ пользу того, что лимфоцитозъ и эмиграція лимфоцитовъ существуютъ подобно лейкоцитозу и эмиграціи лейкоцитовъ, но вызываются при другихъ условіяхъ, чѣмъ послѣдніе.





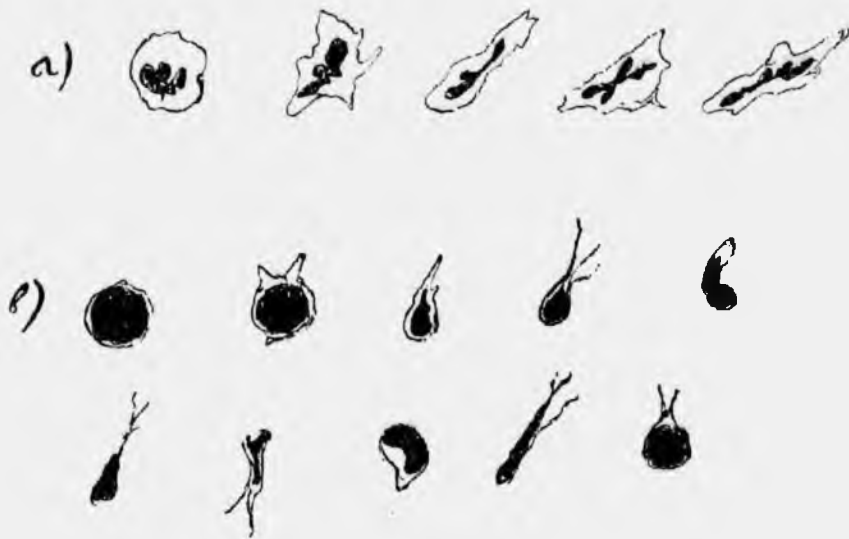
полость водный растворъ пилокарпина въ количествѣ достаточномъ для того, чтобы вызвать обильный лимфоцитозъ. Приблизительно часть спустя послѣ инъекціи морская свинка была убиваема и брыжжейка подвергалась фиксаціи, а затѣмъ окраскѣ по способу Гимза. Окраска ткани брыжжейки по этому способу удается при обезвоживаніи препарата по *Schridde*; картина, получаемая этимъ путемъ чрезвычайно инструктивна и ярка.

На свѣтло-розовомъ фонѣ выступаютъ съ большой ясностью ядра клѣтокъ, окрашенныхъ въ разнообразные оттѣнки фіолетоваго цвѣта съ красиво окрашеннымъ хроматиномъ.

Протоплазма многоядерныхъ лейкоцитовъ (res. зернистость) окрашена въ оранжево-красный цвѣтъ, протоплазма одноядерныхъ въ голубовато-синій; протоплазма класматоцитовъ красится въ фіолетово-красный цвѣтъ; ядра ихъ въ фіолетовый. На препаратахъ, окрашенныхъ гематоксилиномъ и эозиномъ, видно, что сосуды окружены инфильтратомъ мѣстами весьма многочисленнымъ; въ этихъ мѣстахъ около самой стѣнки сосудовъ лежатъ кучками, а иногда и длинной полосой, ядра инфильтрующихъ клѣтокъ, большей частью совершенно круглыя, иногда продолговатыя и вытянутыя, изрѣдка со вдавленіемъ на одной сторонѣ. О протоплазмѣ этихъ клѣтокъ будетъ сказано ниже. Кромѣ того по всей брыжжейкѣ и притомъ неравномѣрно на уровнѣ ядеръ эндотелія и въ толщѣ брыжжейки видны многочисленные разбросанныя ядра неправильной формы: они частью изогнуты, вытянуты, иногда грушевидны и вообще имѣютъ видъ ядеръ, находящихся въ движеніи клѣтокъ. Эти ядра очень мелки, ихъ малая величина говоритъ за то, что это лимфоциты; подобныя картины видны уже на препаратахъ, окрашенныхъ гематоксилиномъ; на препаратахъ, окрашенныхъ по Гимза видна также кругомъ ядеръ окрашенная въ голубовато-синій цвѣтъ протоплазма. Подобныя измѣненія формы ядра не могутъ быть объяснены иначе, какъ только совершившимся вслѣдствіе амебоиднаго движенія клѣтокъ, и чѣмъ энергичнѣе послѣднее совершается, тѣмъ болѣе измѣненной представляется и форма ядра.

На рисункѣ представленъ рядъ изображеній многоядерныхъ лейкоцитовъ въ различныхъ стадіяхъ движенія по препарату брыжжейки. (См. рис. а.). Здѣсь видны формы, начиная отъ круглой и кончая чрезвычайно вытянутой, гдѣ протоплазма похожа на длинную ленту, а ядро въ видѣ ряда тянувшихся четокъ. Подобныя формы амфобильныхъ лейкоцитовъ можно видѣть на препаратахъ брыжжейки на ряду съ вышеописанными формами одноядерныхъ лейкоцитовъ. Когда лимфоцитъ большой или малый начинаетъ двигаться, то ядро его измѣняется благодаря движенію протоплазмы и въ общемъ получается, какъ видно на рисункѣ, рядъ измѣненій формы ядра, подобныхъ измѣненіямъ ядра многоядернаго лейкоцита: всѣ переходныя степени отъ круглой формы до длинной четкообразно вздутой полоски. (См. рис. б.).

Насколько разнообразна форма протоплазмы движущагося много-ядернаго лейкоцита, настолько разнообразны очертанія протоплазмы инфильтрующихъ брыжжейку одноядерныхъ лейкоцитовъ, но въ общемъ аналогія полная, начиная отъ круглаго узкаго кольца протоплазмы вокругъ ядра покоющагося лимфоцита и кончая длинными чрезвычайно тонкими псевдоподіями (см. рисунокъ). На препаратахъ, окрашенныхъ по Гимза, на свѣтло-розовомъ фонѣ протоплазма одно-ядерныхъ лейкоцитовъ, окрашенная въ голубовато-синій цвѣтъ, видна чрезвычайно ясно; у малыхъ лимфоцитовъ, гдѣ протоплазмы очень немного, послѣдняя *вся* вытягивается въ тонкіе длинные псевдоподіи; у большихъ лимфоцитовъ и у тѣхъ, гдѣ ядро бисквитообразно изогнуто, протоплазма вытягивается въ пальцеобразные отростки, а часть ея остается при ядрѣ.



Протоплазма лимфоцитовъ даже въ отдѣльныхъ клѣткахъ окрашена различно въ смыслѣ интенсивности окраски: тамъ, гдѣ отростки длиннѣе и тоньше, тамъ и окраска темнѣе.

Помимо инфильтраціи лимфоцитами, окружающей сосудистую систему и распространяющейся къ периферіи отъ послѣдней, лимфоцитовъ можно наблюдать въ тотъ моментъ, когда они покидаютъ русло и выселяются въ окружающую ткань; въ этомъ случаѣ ядро лимфоцита, проникающаго черезъ стѣнку сосуда, представляется вытянутымъ съ перехватомъ на уровнѣ стѣнки сосуда; протоплазма же въ это время оказывается лежащей почти вся внѣ сосуда.

Выхожденіе лимфоцитовъ замѣчается въ мелкихъ венахъ; въ послѣднихъ видно большое количество полинуклеаровъ и лимфоцитовъ; послѣднее явленіе можетъ считаться указаніемъ на то, что здѣсь при жизни было краевое стояніе лейкоцитовъ — одинъ изъ главныхъ признаковъ воспалительной реакціи сосудовъ. Существованіе двухъ описанныхъ явленій: краевого стоянія лейкоцитовъ и выходеніе лимфоцитовъ изъ мелкихъ венъ, особенно важно потому, что этимъ

доказывается непосредственное участіе сосудистой системы въ появленіи лимфоцитовъ въ содержимомъ брюшной полости вслѣдъ за инъекціей въ послѣднюю раствора пилокарпина и отвергается участіе, по крайней мѣрѣ, первенствующее, лимфатической, какъ то полагалъ О. Israel и *James Beathie* <sup>1)</sup>.

Приводимыя выше характерныя измѣненія формы ядра и протоплазмы лимфоцитовъ, безспорно указывающія на то, что послѣдніе были застигнуты во время акта движенія и эмиграціи изъ сосудовъ, были наблюдаемы и другимъ авторомъ, но только при иныхъ условіяхъ.

*М. Askanazy* видѣлъ у лимфоцитовъ вырѣзанной у человѣка лимфатической железы (злокачественная лимфома), псевдоподіальные отростки и всѣ характерныя измѣненія формы протоплазмы, находящейся въ движеніи, которыя описаны и нами. Еще болѣе важно то обстоятельство, что и *Askanazy* описываетъ измѣненія ядра движущихся лимфоцитовъ въ томъ самомъ видѣ, какъ и намъ пришлось ихъ наблюдать; ядро лимфоцитовъ „вытягивалось и изгибалось, тянулось и перегибалось“ такимъ же образомъ, какъ и все клѣточное тѣло. Стоитъ взглянуть на схематическіе рисунки лимфоцитовъ, находящихся въ движеніи, изображенные *М. Askanazy*, и сравнить ихъ съ тѣми, которые приведены нами, чтобы убѣдиться, что дѣло идетъ объ одномъ и томъ же процессѣ — движеніи лимфоцитовъ.

*J. Orth* <sup>2)</sup> доказалъ, что алвеолярный эксудатъ при казеозныхъ пневмоніяхъ состоитъ главнымъ образомъ изъ клѣтокъ, которыя онъ относитъ къ лимфоцитамъ, привлеченныхъ химіотактическими свойствами туберкулезныхъ бациллъ; относительно ихъ происхожденія *J. Orth*, основываясь на патологоанатомическихъ препаратахъ туберкулезныхъ менингитовъ, гдѣ онъ находилъ лимфоцитовъ, находящихся въ стѣнкахъ сосудовъ, высказывается въ пользу того, что лимфоциты воспалительнаго эксудата туберкулезнаго происхожденія эмигрируютъ изъ кровеносной системы.

Въ итогѣ, мы полагаемъ, что дали отвѣтъ на возраженія О. Israel'я, отрицающаго активную эмиграцію лимфоцитовъ изъ сосудистой системы. Онъ требовалъ доказательствъ, что лимфоциты эксудата или содержимаго брюшной полости въ случаяхъ инъекціи въ послѣднюю растворовъ опредѣленныхъ веществъ не заносятся туда механически изъ лимфатической системы; опыты съ хининомъ, парализующимъ діapedезъ многоядерныхъ лейкоцитовъ въ примѣненіи къ лимфоцитамъ

<sup>1)</sup> *James Beathie*. Annual Meeting of the Britisch Medical Association. Britisch Medical Journal. 1904. № 2280, стр. 587.

<sup>2)</sup> *М. Askanazy*. Ueber amöboide Beweglichkeit der Lymphocyten. Centralblatt für allg. Pathol. und path. Anatomie. 1905. № 22, стр. 900.

<sup>3)</sup> *J. Orth*. Ueber Exsudatzellen im allgemeinen und die Exsudatzellen bei verschiedenen Formen von Meningitis im besonderen. Deutsch. Medic. Wochensch. 1906. № 3, стр. 93, 94 и 95.

привелъ къ тому же результату. О. Israel утверждалъ, что никто не видѣлъ прохожденіе лимфоцитовъ черезъ сосудистую стѣнку: ссылка на литературу и наблюденія показали, что эмиграція лимфоцитовъ существуетъ безспорно; утвержденіе Israel'я, основанное на апріористическихъ данныхъ, что особая структура ядра лимфоцита, лишаящая его необходимой пластичности и малое количество протоплазмы, которой не подъ силу сдвинуть съ мѣста объемистое ядро, исключаетъ возможность активнаго діapedеза — не подтвердилось.

Патолого-анатомическія изслѣдованія тканей, которыхъ требовалъ Israel, подтвердили, что выходъ лимфоцитовъ изъ сосудистой системы существуетъ въ дѣйствительности, новые же методы окраски и наблюденія надъ живыми лимфоцитами показали, что движенія лимфоцитовъ въ основныхъ своихъ чертахъ ничѣмъ не отличаются отъ таковыхъ же движеній многоядерныхъ лейкоцитовъ

---

## Методъ отвлеченія въ терапіи нѣкоторыхъ формъ нефритовъ.

Цѣль настоящей замѣтки обратить вниманіе на значеніе отвлекающихъ, притомъ методически прилагаемыхъ, въ терапіи нѣкоторыхъ формъ нефрита. Что самый методъ отвлеченія, какъ таковой, не представляетъ пережитка старой медицины, что онъ имѣетъ дѣйствительныя основанія въ законахъ фізіологіи и патологіи — это несомнѣнно; безспорно, что, обладая этимъ методомъ, мы имѣемъ возможность воздѣйствовать на кровонаполненіе извѣстнаго органа, на распредѣленіе крови въ различныхъ областяхъ организма.

При этомъ „деплетировать“ органъ мы можемъ не только путемъ непосредственнаго кровозвлеченія, но и путемъ отвлеченія, примѣненнаго близъ того органа, на кровонаполненіе котораго желательно воздѣйствовать. Клиницисту достаточно вспомнить о благопріятныхъ результатахъ примѣненія отвлекающихъ, напр., сухихъ банокъ, при бронхитѣ, отека легкихъ, мышекъ при невритахъ, нѣкоторыхъ формахъ воспаленія суставовъ и т. п.

Точно не обстѣдованы и не выяснены путемъ эксперимента взаимныя отношенія между патологическимъ кровонаполненіемъ извѣстнаго органа съ постѣдовательнымъ нарушеніемъ его нормальной функціи и вліяніемъ отвлеченія на этотъ органъ. На этомъ пути поставлены лишь вѣхи, дальнѣйшая разработка принадлежитъ будущему <sup>1)</sup>. Весьма важно разрѣшеніе этихъ вопросовъ въ примѣненіи къ леченію заболеванийъ въ особенности такого органа, какъ почки, гдѣ разстройство циркуляціи при незначительныхъ патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ связано съ глубокимъ разстройствомъ функціи этого органа <sup>2)</sup>.

Хотя въ большинствѣ руководствъ и можно найти указанія на благотворное дѣйствіе отвлекающихъ на болевые ощущенія и даже

---

<sup>1)</sup> Указанія на попытки установить связь, основанную на фізіологическихъ соотношеніяхъ между различными отдѣлами кровеносной системы, между кровонаполненіемъ внутреннихъ органовъ и отвлеченіемъ отъ нихъ, можно найти у Lauder Brunton, *Actions des Medicaments*. Paris. 1901.

<sup>2)</sup> Schlayer und Hedinger. *Experimentelle Studien über toxische Nephritis*. Deut. Arch. f. klin. Medicin. 1907, Bd. 90, Hft. 1 и 2, стр. 35.

на самый воспалительный процессъ въ почкахъ (см. напр. монографію Senator'a о нефритѣ въ послѣднемъ изданіи *Nothnagel's* *Specielle Pathol. und Therapie*), однако говорится объ этомъ вездѣ вскользь, о методическомъ же приложеніи отвлекающихъ мы не нашли нигдѣ указаній.

Между тѣмъ новѣйшія экспериментальныя работы о различныхъ формахъ нефритовъ давали основанія предположить и съ теоретической точки зрѣнія возможность благоприятнаго вліянія отвлекающихъ на теченіе нѣкоторыхъ формъ воспаленія почекъ.

Кропотливые, сложные по своему методу (онкометрія) и лабораторной обстановкѣ опыты *Schlager'a* и *Hedinger'a* <sup>1)</sup> показали, что почки, обладающія своей вазомоторной системой, работа которой въ значительной степени независима отъ общаго кровяного давленія, весьма чувствительны къ периферическимъ, даже слабымъ временнымъ раздраженіямъ, отвѣчая на нихъ измѣненіемъ своего объема. Эти же опыты показали, насколько тѣсна связь между поврежденіями сосудистой системы почекъ съ діурезомъ. Послѣдній стоитъ въ прямой зависимости отъ степени поврежденія первой.

При той возможности, которая существуетъ нынѣ — вызывать экспериментально по крайней мѣрѣ два различныхъ вида токсическихъ нефритовъ у животныхъ (мышьякъ и кантаридинъ вызываютъ васкулярный нефритъ, хромовая соль и сулема — тубулярный), выясняется также и зависимость разстройства различныхъ функций почекъ отъ пораженія того или другого отдѣла ихъ.

При васкулярномъ нефритѣ, гдѣ измѣненія касаются главнымъ образомъ сосудовъ — пониженіе діуреза есть первый симптомъ его; весьма достойно вниманія, что полная анурія, идущая рука объ руку съ парезомъ сосудистой системы почекъ, можетъ не сопровождаться какими-либо существенными патолого-анатомическими измѣненіями въ названномъ органѣ.

При тубулярной формѣ нефрита — діурезъ мало нарушенъ; развѣ только въ дальнѣйшемъ, при вторичныхъ измѣненіяхъ въ сосудахъ.

Мѣстомъ выдѣленія бѣлка считаютъ гломерулы и эпителий канальцевъ; образованіе цилиндровъ не имѣетъ никакого отношенія къ сосудамъ почекъ; въ начальныхъ стадіяхъ тубулярнаго нефрита появленіе цилиндровъ наблюдается при ненарушенномъ діурезѣ и безъ малѣйшихъ признаковъ поврежденія сосудистой системы.

Что касается причины появленія отековъ при интоксикаціонныхъ нефритахъ у животныхъ, то *Heineke* и *Meyerstein* <sup>2)</sup> показали, что причины отека могутъ быть различны — при отравленіи ураномъ на первомъ планѣ стоитъ пораженіе сосудистой системы почекъ, и, слѣдо-

<sup>1)</sup> Loc. cit.

<sup>2)</sup> *Heineke und Meyerstein*. Experimentelle Untersuchungen über den Hydrops bei Nierenkrankheiten. Deutsches Archiv f. Klin. Medic. 1907. Bd. 90. 1 и 2 Hft.

вательно, появленіе отековъ можетъ произойти безъ тяжелаго паренхиматознаго нефрита, при отравленіи хромовой солью уменьшенное выдѣленіе воды и солей вслѣдствіе распространеннаго некроза канальцевъ ведетъ къ появленію водянки.

Всѣ вышеизложенныя данныя, вытекающія изъ наблюденій надъ экспериментальнымъ нефритомъ, не могутъ быть всецѣло перенесены въ патологию нефритовъ человѣка; важно, однако, отмѣтить, какое первенствующее значеніе имѣетъ сосудистая система почки въ дѣлѣ образованія отековъ и уменьшенія мочеотдѣленія — такихъ важныхъ клиническихъ симптомовъ нефрита; а также ту отзывчивость сосудистой системы почки на внѣшнія раздраженія, идущія съ периферіи тѣла животнаго, которая была установлена онкометрией<sup>1)</sup>.

Отсюда намъ казалось, что примѣненіе метода отвлеченія должно оказать вліяніе на тѣ случаи нефритовъ, гдѣ уменьшеніе количества мочи и наличность отековъ зависятъ отъ первичнаго разстройства кровообращенія въ сосудистой системѣ почки безъ глубокихъ анатомическихъ измѣненій въ послѣдней.

Поэтому мы выбирали для леченія случаи остраго нефрита съ водянкой и уменьшеннымъ выдѣленіемъ мочи, равно случаи обостренія хроническаго нефрита, сказывавшагося появленіемъ водянки и уменьшеннымъ мочеотдѣленіемъ при наличности другихъ данныхъ, говорящихъ за давность основнаго страданія.

Способъ приложенія метода отвлеченія таковъ: утромъ и вечеромъ на почечную область ставятъ по 10 сухихъ банокъ съ каждой стороны позвоночника; банки держатъ отъ 20 минутъ до 1/2 часа — въ зависимости отъ того, насколько сильно онѣ производятъ натяженіе.

При внимательномъ уходѣ и своевременномъ снятіи банокъ, кожа больного въ общемъ хорошо переноситъ эту манипуляцію; послѣдовательное смазываніе ея масломъ и вазелиномъ предупреждаетъ появленіе экскоріацій или раздраженія покрововъ.

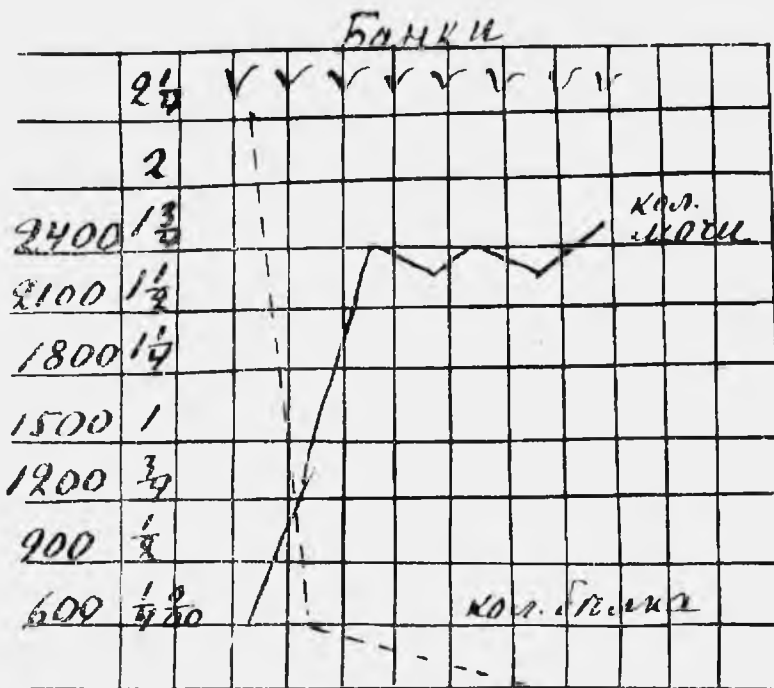
Никакихъ другихъ терапевтическихъ мѣропріятій, внутреннихъ или наружныхъ, не принималось.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ появленіе діуреза и уменьшеніе отековъ, наступавшія вслѣдъ за примѣненіемъ метода отвлеченія, было разительно.

Привожу короткія выдержки изъ исторій болѣзни случаевъ нефритовъ, пользованныхъ подобнымъ образомъ за истекшій академическій годъ въ терапевтической клиникѣ.

---

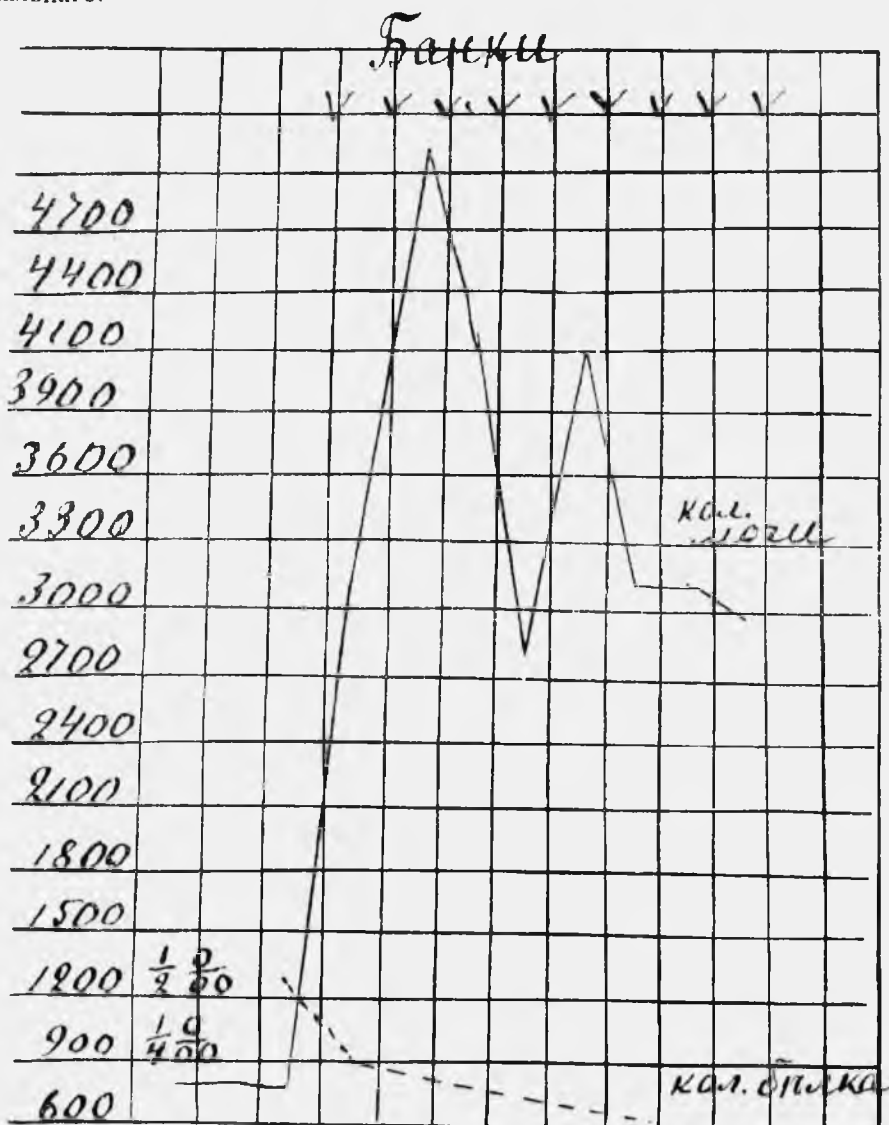
<sup>1)</sup> Интересно, что приложеніе метода Bier'a на конечностяхъ оказываетъ вліяніе на мочеотдѣленіе и составъ крови, см. статью Achard'a: Le partage du liquide entre les milieux vitaux. Semaine médic. 1907. № 28.



**Случай 1-й.** Больная, 28 лѣтъ, поступила въ клинику 8 апрѣля 1907 г. съ отекомъ лица, рукъ и ногъ, головной болью и рвотой. Больна 9 дней. Захворала внезапно послѣ простуды. Былъ знобъ и жаръ, затѣмъ быстро развились явленія остраго нефрита. Раньше была всегда здорова. Мочи за сутки около 600 с. с.т.м., уд. вѣсъ 1,024, бѣлокъ въ количествѣ  $2\frac{1}{4}$  0.00 по Эсбаху; моча содержитъ зернистые цилиндры, кровь, лейкоциты. Въ виду уремическихъ явленій была произведена *venesection*; выпущено около 250 с. с.т.м.

крови, что значительно улучшило состояніе больной. Со стороны мочи безъ перемѣны. Начато леченіе сухими банками. Черезъ сутки обильный діурезъ до 2400 с. с.т.м. Черезъ 5 дней возстановленіе нормальныхъ функций почекъ; больная выписалась здоровой; въ мочѣ ничего ненормальнаго.

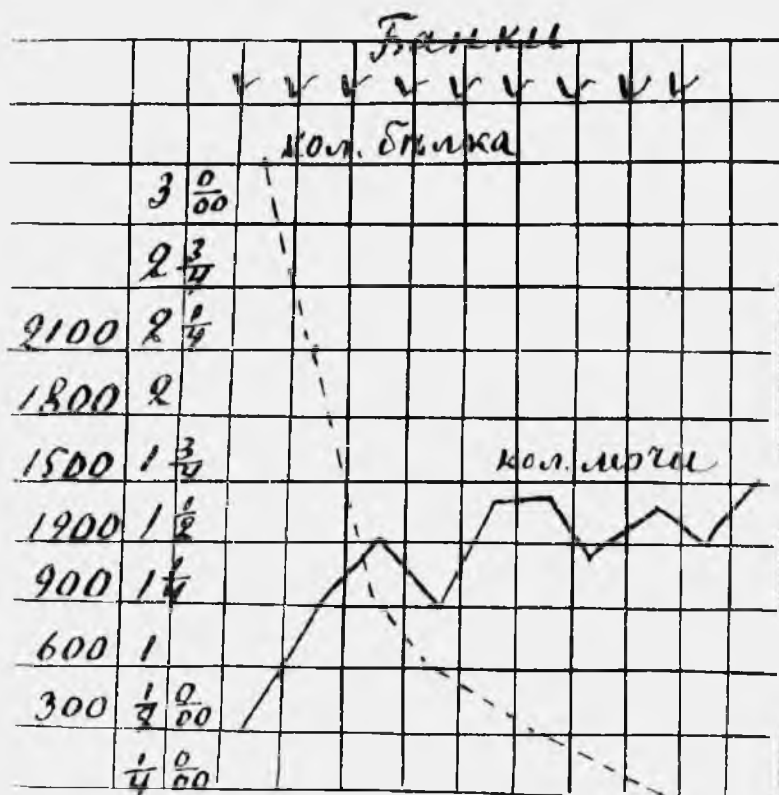
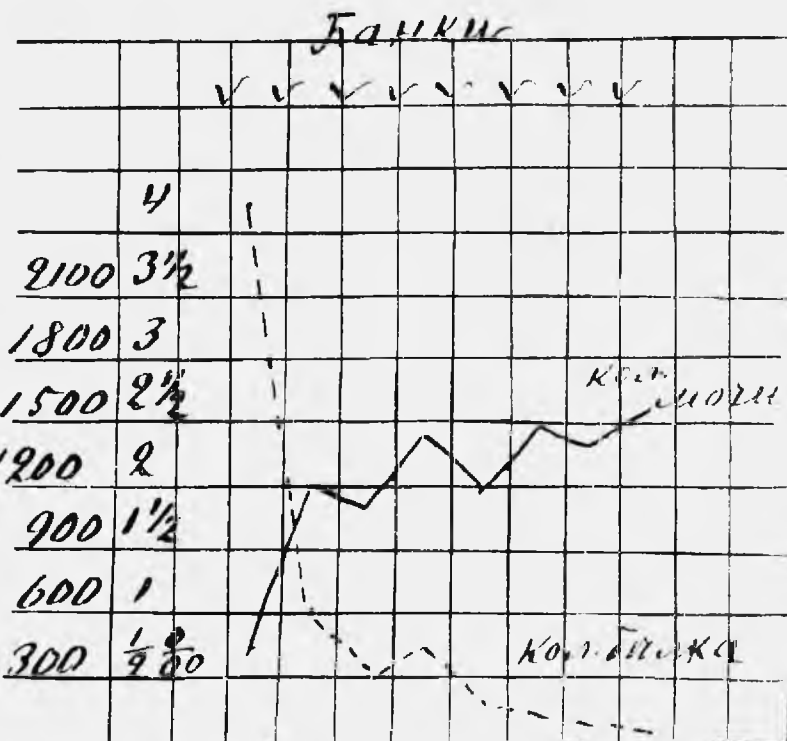
**Случай 2-й.** Больной С., 34 л., злоупотреблявшій алкоголемъ, поступилъ въ клинику 18 ноября 1906 г. съ отекомъ лица, ногъ, головной болью и ослабленіемъ зрѣнія; заболѣлъ около недѣли наздъ послѣ простуды; сердце слегка расширено, артеріосклерозъ. Количество мочи 600 с. с.т.м., уд. вѣсъ 1,009, бѣлка  $\frac{1}{2}$  0.00 по Эсбаху; моча содержитъ подъ микроскопомъ кровь, лейкоциты, очень немного зернистыхъ цилиндровъ. Больной 3 дня остается въ клиникѣ безъ леченія; затѣмъ назначено леченіе банками. Черезъ день количество мочи достигаетъ 3,300 с. с.т.м., отеки быстро исчезаютъ. Черезъ недѣлю въ мочѣ остается лишь слѣды бѣлка, отековъ нѣтъ; зрѣніе возстановилось.





Случай 3-й. Больная М., 46 лѣтъ, поступила въ клинику 5 ноября 1907 г. по поводу правосторонняго крупознаго воспаления легкаго; въ мочѣ немного бѣлка, другихъ патологическихъ составныхъ частей нѣтъ; черезъ нѣсколько дней по разрешеніи пневмоніи больная внезапно отекала; мочи 400 с. стм. въ сутки; количество бѣлка возросло до 4<sup>0</sup>/<sub>00</sub> по Эсбаху; уд. вѣсъ 1,016; въ осадкѣ цилиндры зернистые и галиновые, красныя кровяныя тѣльца и лейкоциты.

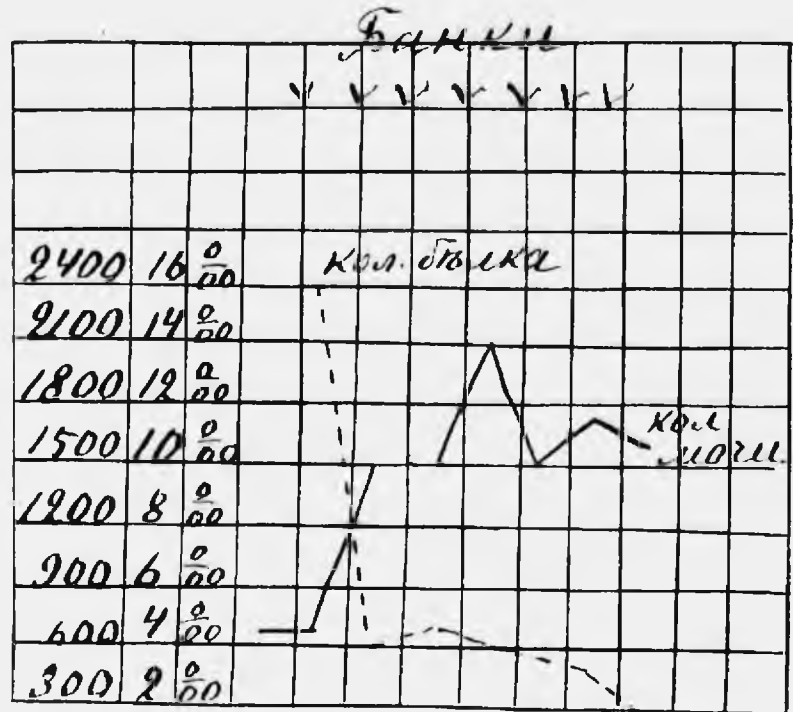
На третій день такого состоянія примѣнено лечение банками. Увеличеніе мочи, уменьшеніе бѣлка наступило уже черезъ сутки послѣ начала леченія. На 6 день въ мочѣ при нормальномъ ея количествѣ остаются лишь слѣды бѣлка.



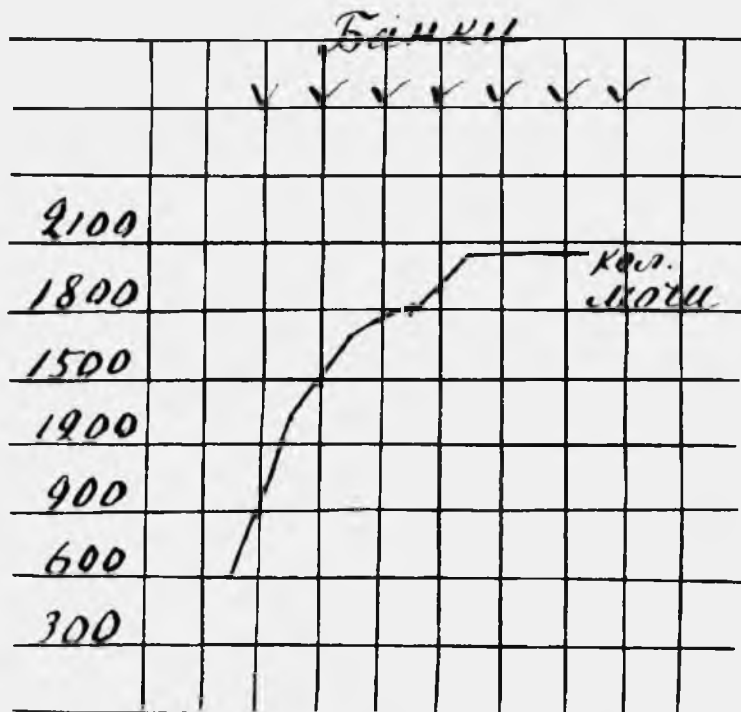
Случай 4-й. Больная П., 48 лѣтъ, поступила 11 ноября 1907 г. въ клинику въ очень тяжеломъ состояніи. Много лѣтъ назадъ она перенесла нефритъ, послѣ котораго чувствовала себя здоровой, не было отековъ и другихъ явленій нефрита. За мѣсяцъ до поступленія въ клинику послѣ простуды больная сразу отекала, появились сильныя уремическія припадки, моча выдѣлялась въ очень небольшомъ количествѣ съ громаднымъ превышающимъ скалу дѣленій аппарата Эсбаха содержаніемъ бѣлка, съ зернистыми, эпителиальными цилиндрами и кровью.

Помимо покоя, молочной діеты, которыми больная пользовалась уже въ теченіе мѣсяца дома, назначено лечение сухими банками. Черезъ сутки количество мочи съ 300 с. стм. поднимается до 1200 с. стм.; быстро падаетъ количество выдѣляемаго бѣлка. Больная выписывается на 19 день со слѣдами бѣлка въ мочѣ, безъ отековъ и уремическихъ явленій.

Случай 5-й. Больной Б., 35 лѣтъ, поступилъ 25 ноября 1906 г. въ клинику по поводу туберкулезнаго пораженія (средней степени развитія) праваго легкаго и нефрита. Количество мочи 600 с. стм. въ сутки; моча содержитъ 13<sup>0</sup>/<sub>100</sub> по Эсбаху, уд. вѣсъ 1,021 бѣлка, зернистые и восковидные цилиндры, лейкоциты. Назначено леченіе банками; количество мочи черезъ сутки возрастаетъ до 1,400 с. стм. затѣмъ до 2,100<sup>0</sup>; количество бѣлка быстро падаетъ до 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> <sup>0</sup>/<sub>100</sub>.

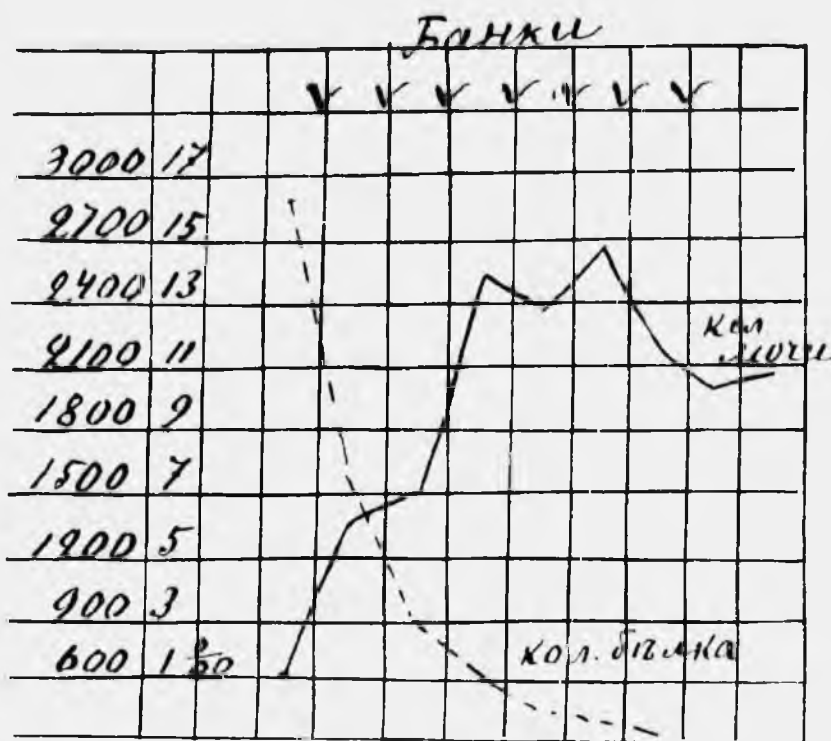


Случай 6-й. Больной Б., 18 лѣтъ, поступилъ 8 марта 1907 г. въ клинику съ отекомъ лица и конечностей. Заболѣлъ 8 марта съ явленіями гриппа. Мочи 400 с. стм. за сутки,



уд. вѣсъ 1,026, содержитъ много бѣлка, кровь, зернистые и гіалиновые цилиндры. Назначено леченіе банками. Къ концу вторыхъ сутокъ количество мочи доходитъ до 1.800; выписывается 18 марта безъ отековъ, бѣлка и форменныхъ элементовъ въ мочѣ.

Случай 7-й. Больной И., 27 лѣтъ, поступаетъ въ клинику 16 декабря 1906 г. съ отекомъ лица, рукъ и ногъ, головной болью и ослабленіемъ зрѣнія. Боленъ 8 дней, раньше ничѣмъ не болѣлъ. Мочи около 600 с. см. въ сутки, уд. вѣсъ 1,028, содержитъ бѣлокъ около 16<sup>0</sup>/<sub>00</sub> по Эсбаху, зернистые, эпителиальные цилиндры, кровь, лейкоциты. На слѣдующій день пребыванія больного назначено леченіе банками; количество мочи на слѣдующія сутки удвоилось, количество бѣлка стало быстро убывать; черезъ 12 дней больной выписался безъ отековъ, съ небольшимъ количествомъ бѣлка въ мочѣ.



Какъ видно изъ прилагаемыхъ исторій болѣзни, всѣ приводимые случаи нефритовъ относятся къ острымъ (въ противоположность хроническому паренхиматозному) или же къ обостреніямъ хроническихъ, латентно протекающихъ нефритовъ.

Мы рассчитывали, на основаніяхъ вышеизложенныхъ, на благоприятное дѣйствіе отвлекающаго метода леченія именно тамъ, гдѣ въ основѣ процесса лежатъ острые воспалительныя сосудистыя разстройства въ почкахъ, гдѣ уменьшеніе мочи и наличность водянки, а также и части выдѣляемаго съ мочей бѣлка <sup>1)</sup> зависятъ главнымъ образомъ отъ пораженія сосудистаго аппарата почекъ.

Въ случаяхъ хроническихъ паренхиматозныхъ нефритовъ, протекающихъ съ водянкой и типичными явленіями со стороны мочи и мочеотдѣленія, мы а priori не ожидали благоприятныхъ результатовъ отъ примѣненія метода отвлеченія. Тамъ, гдѣ мы прилагали послѣдній съ цѣлью провѣрить наши предположенія, результаты были отрицательны.

Слѣдуетъ задаться вопросомъ, не примѣшивается ли элементъ случайности въ совпаденіи терапевтическаго мѣропріятія съ безспорнымъ поворотомъ къ лучшему въ нарушенной функциональной дѣятельности почекъ, наступающимъ вслѣдъ за примѣненіемъ метода отвлеченія. Какъ видно изъ кривыхъ, приложенныхъ къ исторіямъ болѣзни, ко-

<sup>1)</sup> Эксперименты надъ животными показали, что при тубулярномъ нефритѣ бѣлокъ можетъ выдѣляться изъ эпителий канальцевъ, при васкулярномъ нефритѣ — выдѣленіе бѣлка происходитъ черезъ гломерулы.

личество мочи сразу и быстро прибывало вслѣдъ за примѣненіемъ метода отвлеченія (см. напр. случай 1-ый и 2-ой, 7-ой, гдѣ эффектъ леченія выразился очень наглядно); если принять въ соображеніе, что больнымъ назначалось леченіе отвлекающими спустя нѣсколько дней пребыванія ихъ въ клиникѣ, когда достаточно выяснялось стойкое уменьшеніе количества выделяемой мочи, то непосредственное, вслѣдъ за примѣненіемъ метода отвлеченія, наступающее увеличеніе мочеотдѣленія, не находитъ себѣ объясненія въ одномъ лишь благопріятномъ теченіи острого или обостренія хроническаго нефрита.

Кромѣ постельнаго содержанія и соотвѣтствующаго режима у насъ мало въ рукахъ средствъ, дѣйствующихъ на воспалительную реакцію сосудистой системы почекъ, лежащей въ основѣ нѣкоторыхъ формъ нефритовъ. Возбуждающія діурезъ лекарственныя вещества въ разрядъ таковыхъ не входятъ. Приложеніе тепла (въ формѣ сухихъ и влажныхъ обертываній) а также ванны, вѣроятнѣе всего дѣйствуютъ такъ же, какъ и отвлекающія, различіе лишь въ томъ, что мы никогда не наблюдали при примѣненіи ихъ такого скорого и большого діуреза, какъ въ случаѣ примѣненія отвлеченія сухими банками.

Можно возразить, что острый нефритъ или обостреніе хроническаго нуждаются лишь въ леченіи покоемъ, діетой и ваннами безъ того, чтобы слѣдовало еще прибѣгать къ леченію отвлекающими; если вспомнить, что чѣмъ дольше длится нефритъ въ острой его формѣ, тѣмъ больше наступаетъ опасеніе, что онъ перейдетъ въ хроническую форму, то терапевтическое мѣропріятіе, направленное къ облегченію разстроеннаго почечнаго кровообращенія, ведущаго къ нарушенію важныхъ функцій почекъ, не должно быть оставлено безъ вниманія.

---

### Случай подъяортального стеноза.

Аортальный стенозъ является чаще всего слѣдствіемъ эндокардита или атероматознаго процесса аортальныхъ клапановъ и образуется какъ результатъ ихъ деформации, утолщенія и сращенія между собою, занимая такимъ образомъ начальную часть аорты — ея устье — *stenosis ostii aortae*.

Описываемый нами случай представляетъ интересъ благодаря несовсѣмъ обычной локализациі суженія; пораженіе, вызвавшее явленія аортального стеноза, не имѣетъ прямого отношенія къ клапанамъ аорты; оно располагается ниже этихъ клапановъ, являясь результатомъ пристѣночнаго эндокардита въ выходной части лѣваго желудочка — *conus aortae*. Правда, случай нашъ является осложненнымъ: кромѣ стеноза здѣсь существуютъ еще явленія недостаточности аортальныхъ клапановъ и явленія остраго эндокардита, но измѣненія, вызвавшія указанный стенозъ, выступаютъ достаточно ясно и обособленно, чтобы обратить на себя вниманіе по своей необычной локализациі.

Больной С., 22 лѣтъ, рабочій въ больницѣ, обратился въ клинику 27 окт. 1906 г. по поводу одышки, боли въ правомъ боку и общей слабости. Отецъ больного умеръ отъ чахотки, мать страдала психической болѣзнью, 1 сестра здорова, остальные братья и сестры умерли въ раннемъ возрастѣ отъ неизвѣстныхъ больному причинъ. Въ дѣтствѣ онъ перенесъ корь. Къ сожалѣнію о послѣдующемъ состояніи своего здоровья больной въ силу крайне недостаточнаго психическаго развитія сообщить что-либо не могъ, такъ что начало его заболѣванія и послѣдующее его развитіе остаются совершенно не выяснены.

Во всякомъ случаѣ до мая (1906 г.) больной занимался своей обычной работой и не имѣлъ нужды прибѣгать къ врачебной помощи. Въ маѣ же довольно быстро развилась одышка, боль въ области сердца, слабость; больной обратился въ больницу, гдѣ пробылъ около мѣсяца. Затѣмъ съ мѣсяцъ онъ чувствовалъ себя удовлетворительно, но въ началѣ октября одышка и сердцебиеніе рѣзко усилились, появилась кровь въ мокротѣ и боль въ правомъ боку.

Status praesens. Аппетитъ плохой. Языкъ обложенный. Диспептическихъ явленій нѣтъ. Испражненія жидкія 2-3 раза въ день. Печень увеличена, выступаетъ пальца на 2 изъ подъ края реберной дуги, слегка чувствительна къ давленію. Количество мочи — 600 с. ст., моча сильно насыщена, кислой реакціей, удѣльный вѣсъ 1028, содержитъ бѣлокъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи немного лейкоцитовъ, красн. кровяныя тѣльца, гіалиновые и зернистые цилиндры.

Кашель; слизисто-гнойная мокрота; кровохарканья были въ началѣ октября; послѣднее — за 10 дней до поступленія въ клинику. Сильная одышка. Боль въ правомъ боку.

При перкуссии легких оказывается приглушение на правой стороне сзади от нижнего угла лопатки книзу и немного сбоку; на месте этого приглушения слышны обильные крепитирующие хрипы. Верхушечный толчок и левая граница сердца заходит на 1½ ст. вправо за l. mamilar.

Правая граница сердца идет по правому краю грудины. В области выслушивания аорты замечаются 2 шума: сильный систолический и менее интенсивный диастолический. У верхушки сердца также слышны 2 шума. Frémissement cataire не замечается. Пульс 136 в м. — правильный, слабого наполнения. Сильное сердцебиение. Отек голеней и лица. Плохой сон и головокружение. Температура утром — 37,7, вечером 38, 5.

Больной пробыл в клинике около 2½ месяцев. Все время температура оставалась ненормальной с вечерними повышениями от 37,7 до 39,0 и утренними ремиссиями от 36,6 до 37,5. Несколько раз у больного вновь появлялась кровь в мокроты: часто он жаловался на сильные боли в области сердца с отдачей в спину. Одышка временами, и особенно последнее время, была очень сильная. Приглушение на правой стороне стало достигать до середины лопатки; крепитирующие хрипы, бывшие ранее в этом месте, исчезли, появилось ослабленное по сравнению с левой стороной дыхание и ослабление fremitus pectoralis. За несколько дней до смерти больному выпущено 1000 с. ст. серозного экссудата из правого бока. Диастолический шум у аорты, бывший первое время не особенно сильным, за последний месяц сделался значительно интенсивнее. 14 января 1907 г. больной скончался.

Вся картина болезни указывала ясно на то, что мы имели дело с острым эндокардитом, причем приходилось предположить уже стойкие изменения аортального отверстия. На основании существования у больного интенсивного систолического шума у аорты, увеличения левого сердца были постановлены диагноз сужения аортального отверстия, причем в виду существования диастолического шума нужно было предположить также невозможность полного замыкания полулунных клапанов аорты. Как указано выше, этот диастолический шум в течении последнего месяца стал значительно больше интенсивным, почему и было высказано предположение, что к существовавшему у больного уже ранее стенозу аортального отверстия вследствие эндокардитических разражений и деформации аортальных клапанов могла присоединиться развившаяся за последнее время insufficiencia valv. aortae.

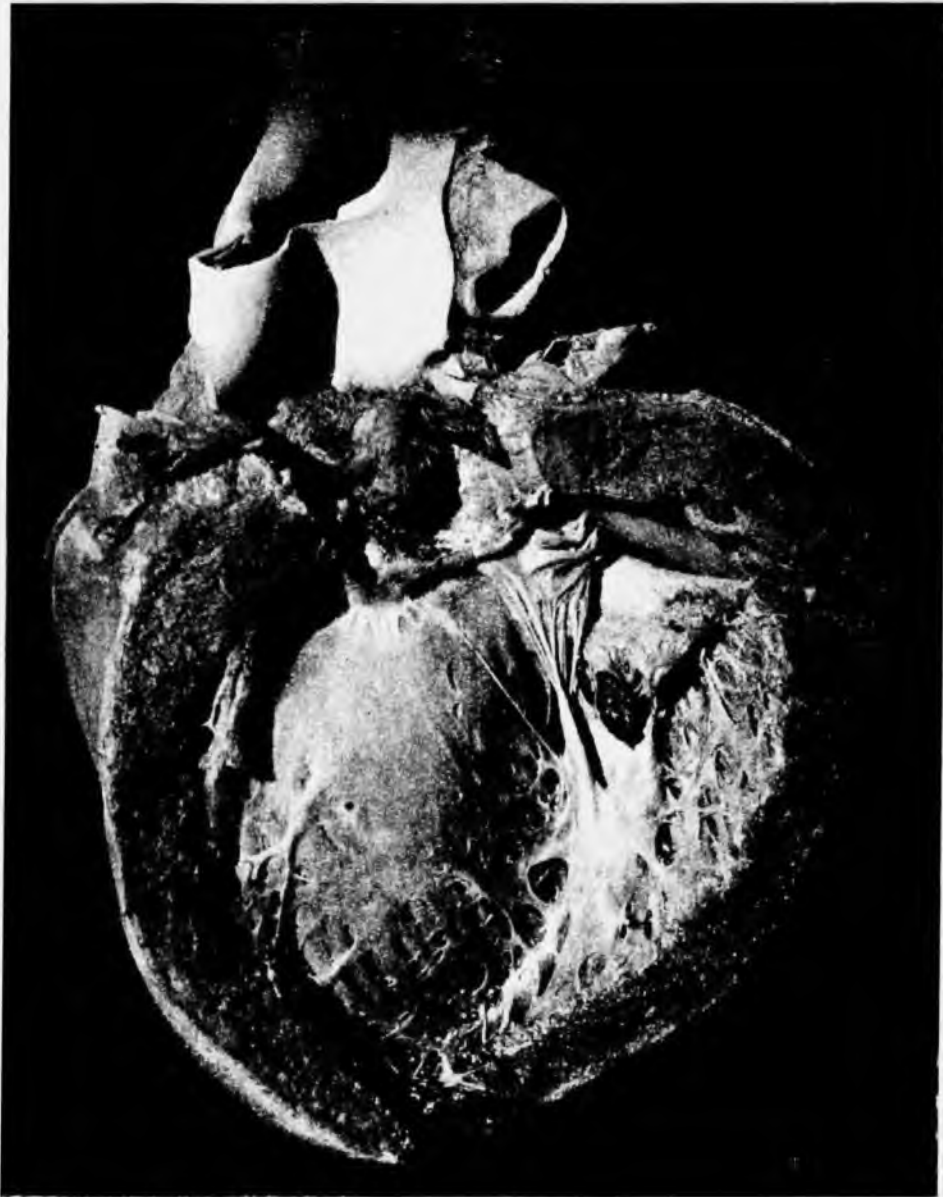
Не останавливаясь на подробностях течения болезни за время наблюдения и на явлениях со стороны других органов, перейдем теперь к результатам вскрытия.

*Протокол вскрытия.* (Вскрытие произведено В. С. Двинским).

Оба желудочка сердца сильно гипертрофированы. Правое предсердие растянуто. Аортальное отверстие из левого желудочка проходимо только для мизинца. Клапаны аорты утолщены и покрыты по всей своей поверхности множественными мягкими наложениями в вид цветной капусты. Наложения эти непосредственно переходят на интиму аорты в начальной ее части и занимают на ней значительный участок. Паріетальный эндокардій левого желудочка, находящийся тотчас под аортальными клапанами, на протяжении сантиметров трех бѣловатъ, рубцово-утолщенъ, поверхность его неровна, покрыта свѣжими веррукозными наложениями. Верхняя половина большаго паруса mitralis со стороны левого желудочка также рубцово утолщена, неровна и покрыта веррукозными разраженіями. Эти хроническія утолщенія паріетальнаго эндокардія и верхней части mitralis отграничиваются отъ нормальнаго эндокардія леваго желудочка и нижней половины mitralis рѣзко выступающимъ валикообразнымъ фибрознымъ утолщеніемъ, обуславливающимъ stenosis аортальнаго отверстия. По острому гребню этого кольца расположены свѣжія веррукозные наложенія.

*Hypertrophia cordis magna. Endocarditis verrucosa v. v. aortae et parietalis. Endocarditis parietalis chronica fibrosa cum stenose consecutiva. Endocarditis chronica fibrosa parietalis v. mitralis cum insufficiencia eiusdem. Myocarditis chronica fibrosa. Adhaesiones pleurales. Induratio fusca pulmonum. Tumor lienis. Hepar moschatum. Nephritis perenchymatosa subacuta et infarct. anemici renum. Hydrothorax bilateralis. Hydrops pericardii: Ascites. Anasarca.*

Какъ видно изъ приведеннаго, мы имѣемъ здѣсь дѣло съ очень распространеннымъ поражениемъ эндокардіа аортальныхъ клапановъ и начальной части аорты. На ряду со свѣжими измѣненіями эндокардіа,



обильными веррукозными разращеніями сосредоточенными главнымъ образомъ на клапанахъ аорты (а) и обусловливающими невозможность замыканія этихъ клапановъ, мы замѣчаемъ хроническія измѣненія, образованныя фиброзной тканью. Эти хроническія измѣненія имѣють своимъ исходнымъ пунктомъ, повидимому, также клапаны аорты; отсюда онѣ распространяются ниже, захватывая паріетальный эндокардіи и спускаются на эндокардіи, выстилающій верхнюю часть v. mitralis. Всѣ

эти хроническія рубцовыя утолщенія эндокардія покрыты въ свою очередь болѣе свѣжими мягкими веррукозными разращеніями (b). Особенно привлекаетъ вниманіе фиброзное утолщеніе, находящееся подъ аортальными клапанами; оно образуетъ здѣсь плотный тяжъ, циркулярно охватывающій въ видѣ кольца (c) всю окружность. Кольцо это сильно суживаетъ выходъ въ начальную часть аорты, образуя, такимъ образомъ, подъ-аортальный стенозъ. Это суженіе дѣлалось особенно демонстративнымъ при складываніи вскрытаго сердца, когда верхняя часть лѣваго желудочка снова представлялась замкнутой; тогда, смотря черезъ разрѣзъ внутрь желудочка, нельзя было видѣть начальной части аорты и ея клапановъ, скрытыхъ выступающимъ фибрознымъ кольцомъ, находящимся подъ ними.

Такимъ образомъ помимо остраго эндокардита и недостаточности аортальныхъ клапановъ мы видимъ здѣсь рѣзко выраженное суженіе, находящееся въ выходной части лѣваго желудочка и составляющее результатъ хроническаго паріетальнаго эндокардита. Паріетальныя измѣненія эндокардія могутъ быть или прямымъ распространеніемъ клапаннаго процесса, или возникать самостоятельно, болѣе независимо отъ пораженія клапановъ.

Самостоятельное возникновеніе этихъ паріетальныхъ измѣненій въ нашемъ случаѣ представляется мало вѣроятнымъ. Вообще хроническіе фиброзные паріетальные эндокардиты, являющіеся въ видѣ болѣе самостоятельныхъ диффузныхъ заболѣваній эндокардія, встрѣчаются рѣдко. Болѣе же ограниченныя уплотненія эндокардія зависятъ въ большинствѣ случаевъ отъ механическаго раздраженія пристѣночнаго эндокардія вслѣдствіе давленія и тренія известковыми конкрементами, отложившимися въ клапанахъ<sup>1)</sup>, чего въ нашемъ случаѣ не наблюдается. Но при хроническихъ пораженіяхъ клапаннаго аппарата могутъ встрѣчаться также уплотненія паріетальнаго эндокардія, обусловленныя часто повторяющимся механическимъ раздраженіемъ эндокардія регургитирующимъ токомъ крови. Такъ при относительной недостаточности аортальныхъ клапановъ, въ меньшей степени при недостаточности вслѣдствіе пораженія самихъ клапановъ, по Zahn'у, встрѣчаются уплотненія эндокардія, полулунной формы, расположенныя главнымъ образомъ на *septum ventriculorum*; эти уплотненія то единичныя, то множественныя имѣютъ полулунную форму и представляютъ довольно характерное расположеніе, особенно въ случаяхъ относительной недостаточности; при клапанной недостаточности онѣ бывають выражены такъ же, но менѣе характерно<sup>2)</sup>.

Отсутствіе характернаго расположенія полулунными полосами, вмѣсто котораго мы видимъ цѣльное плотное кольцо, охватывающее

<sup>1)</sup> Ergebnisse der Allgemeinen Patholog. und Patholog. Anat. IX. Jahrgang, I. Abth. 1903. Thorel. Pathologie der Kreislauforgane.

<sup>2)</sup> Loc. cit.



всю окружность выходного отверстия лѣваго желудочка, развитие *insufficiantiae v. v. aortae* повидимому лишь за послѣднюю вспышку эндокардита, какъ слѣдствіе болѣе свѣжихъ эндокардитическихъ разраженій — все это говоритъ противъ того, чтобы описанный Zahn'омъ уплотненія играли какую-нибудь роль въ нашемъ случаѣ.

*Ортъ* <sup>1)</sup> въ своемъ руководствѣ патологической анатоміи говоритъ: „Очень большое патологическое значеніе имѣетъ паріетальный эндокардитъ въ *conus arteriosus pulmon.* и въ *conus arterios aorticus*, такъ какъ и тамъ и здѣсь въ связи съ міокардитомъ онъ можетъ повести къ стенозу соответственнаго отдѣла сердца (воспалительный стенозъ конуса). Этотъ стенозъ можетъ и на правой и на лѣвой сторонѣ присоединяться къ врожденнымъ аномаліямъ развитія, но онъ можетъ на лѣвой сторонѣ образоваться также и въ болѣе позднемъ возрастѣ; въ этихъ случаяхъ онъ обыкновенно присоединяется къ хроническому эндокардиту аортальныхъ клапановъ“.

Нашъ случай примыкаетъ, конечно, ко 2-й группѣ, указываемой Ортомъ, такъ какъ никакихъ врожденныхъ аномалій развитія мы здѣсь не наблюдаемъ. Отличается же онъ тѣмъ, что лежащій въ основѣ его эндокардитъ носитъ рецидивирующий характеръ, такъ что на ряду съ хроническими измѣненіями мы встрѣчаемъ острые явленія сильно развитого эндокардита.

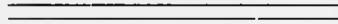
Подобныя же суженія были описаны въ 1868 г. *Vulpian*'омъ и еще ранѣе *Norman Chevers*'омъ съ тѣмъ отличіемъ, что въ описанныхъ ими случаяхъ не было остраго эндокардита и пораженія аортальныхъ клапановъ, а исходнымъ пунктомъ, повлекшимъ къ развитію пристѣвочнаго эндокардита, давшаго это суженіе, названное *Vulpian*'омъ подъ-аортальнымъ стенозомъ (*le rétrécissement sous-aortique*) являлось хроническое пораженіе митрального клапана. Между тѣмъ въ нашемъ случаѣ надо предполагать, какъ уже указано выше, исходный пунктъ въ пораженіи аортальныхъ заслонокъ. Хотя митральный клапанъ представляется у насъ затронутымъ, но онъ пораженъ лишь сравнительно незначительно и только въ своей верхней, пристѣвочной части, граничащей съ описаннымъ фибрознымъ кольцомъ, являясь лишь дальнѣйшимъ распространеніемъ процесса, вызвавшаго это суженіе. Въ остальномъ описаніе *Vulpian*'а *mutatis mutandis* подходит и къ нашему случаю <sup>2)</sup>: „Если смотрѣть со стороны аорты, то клапаны представляются здоровыми, и можно безъ всякаго сопротивленія ввести два пальца въ устье аорты. Но если изслѣдовать устье со стороны желудочка, то можно видѣть, что подъ здоровыми клапанами, тамъ, гдѣ кончается перегородка желудочковъ, на уровнѣ *v. mitralis* существуетъ утолщеніе тканей, производящее подклапанное суженіе, препятствующее введенію двухъ пальцевъ“.

<sup>1)</sup> Orth. Lehrbuch der speciell. Pathol. anat. Circulationsorgue 1883.

<sup>2)</sup> Цитировано по Brouardel et Gilbert Traité de Medicine.

*Huchard*, <sup>1)</sup> рассматривая это поражение, указывает, что оно может быть послѣдствіемъ эндокардита, но чаще, по его мнѣнію, оно обязано своимъ происхожденіемъ „гипертрофическому склерозу перегородки и склероатероматозному пораженію верхней части большой митральной заслонки“.

Такимъ образомъ оказывается, что описанное поражение одинаково можетъ являться и какъ слѣдствіе хроническаго эндокардита аортальныхъ клапановъ, и какъ результатъ распространенія пораженія, первоначально локализованнаго на митральномъ клапанѣ.



<sup>1)</sup> Huchard Traité clinique des Maladies du coeur. 1893.

## Случай сывороточной болѣзни послѣ инъекціи поливалентной сыворотки <sup>1)</sup>.

Я позволю себѣ предложить вашему вниманію описаніе встрѣтившагося мнѣ случая сывороточной болѣзни во-первыхъ потому, что изъ разспросовъ товарищей оказалось, что многимъ не приходилось ее видѣть, во-вторыхъ потому, что въ моемъ случаѣ были нѣкоторыя особенности, до сихъ поръ не описанныя. Громадное количество казуистическаго матеріала относится къ инъекціямъ противодифтеритной сыворотки, значительно меньше случаевъ съ сывороткой Moser'a и Aronson'a и одинъ случай относится къ сывороткѣ противостолбнячной. <sup>2)</sup>

Описанія болѣзни послѣ поливалентной сыворотки очень мало.

Больная, Ч., 35-ти лѣтъ, уже давно страдающая общимъ ожиреніемъ, заболѣла 10-го октября 1906 года; и притомъ и конъюнктивитомъ; 14-го октября въ виду сильной боли, она сдѣлала себѣ инъекцію морфія въ области лѣвой надбровной дуги. Черезъ сутки мѣсто укола покраснѣло и припухло, затѣмъ краснота распространилась на лѣвую половину носа, лѣвое вѣко и лѣвую скуловую область. Призванный врачъ констатировалъ *erysipelas*, и немедленно покрылъ всю пораженную область коллодіемъ. Внутрь былъ данъ салициловый натръ.

Больная происходитъ отъ чахоточныхъ родителей. Отецъ умеръ отъ тbc 44-хъ лѣтъ. Мать отъ той же болѣзни 48-ми лѣтъ. Была очень нервна. Наша больная росла больнымъ слабымъ рахитическимъ ребенкомъ (отличалась непомерно большимъ животомъ). Уже съ дѣтства были какія-то диспентическія явленія. По ея рассказамъ для правильности пищеваренія ей необходимо было ѣсть лимоны, и, если почему-нибудь она ихъ не получала, то у ней тотчасъ же начинались боли въ области желудка и поносъ. Все это проходило очень быстро при употребленіи лимоновъ. Пяти лѣтъ она перенесла воспаленіе легкихъ, осложнившееся перикардитомъ. 7-ми лѣтъ переѣхала въ Бендеры, гдѣ получила малярію. Полтора года приступы были ежедневные, а затѣмъ втеченіе года черезъ день; 14-ти лѣтъ вторично перенесла воспаленіе легкихъ. 16-ти лѣтъ вышла замужъ и, повидимому, тотчасъ же захворала гонорреей. Появились бѣли, боли внизу живота, а затѣмъ опухоль яичниковъ. 22-хъ лѣтъ былъ абортъ на 4-мъ мѣсяцѣ. 24-хъ лѣтъ роды — очень тяжелые съ разрывомъ промежности. Условія жизни въ матеріальномъ отношеніи (въ теченіи 11 лѣтъ) очень тяжелыя. Порядочный *abusus* (главнымъ образомъ пива), курить много. 2 года тому назадъ ирить, который повторился и въ нынѣшнемъ году.

<sup>1)</sup> Докладъ, прочитанный на конференціи врачей Ново-Екатерининской больницы.

<sup>2)</sup> Подробная литература приведена у *Pirquet* и *Schick* „Сывороточная болѣзнь“ изд. журнала Практическая медицина 1906 г.

Status praesens. Очень тучная женщина, аппетитъ хорошъ, но языкъ густо обложенъ бѣлымъ налетомъ. Постоянная отрыжка, чаще воздухомъ. Животъ очень большой, дряблый. Рвота до болѣзни почти каждый день, повидимому носитъ характеръ vomitus matutinus. Боли подъ ложечкой никогда не ощущала. Постоянные запоры, но малѣйшее количество жирной пищи вызываетъ поносъ. Печень и селезенка увеличены. Въ мочѣ ни сахара, ни бѣлка, ни солей. Хроническій бронхитъ и emphysema. Кашель очень сильный, сухой, приступами. Кровохарканія не было. При аускультациі сухіе хрипы. Перкуссія не даетъ ничего. Сердцебиеніе бываетъ очень часто при восхожденіи, а особенно при волненіи. Шумовъ нѣтъ, но тоны очень глухи. Границы сердца расширены на 1 смт. съ каждой стороны. Пульсъ малаго наполненія. Настроеніе очень измѣнчивое. Колѣнный рефлексъ повышенъ, а гортанный отсутствуетъ. Globus histericus. Всѣ межреберные промежутки, а также plexus solaris чувствительны. Слухъ нормальный, зрѣніе понижено.

Diagnosis. Erysipelas. Bronchitis chronica. Emphysema. Myocarditis chronica. Hysteria. Gastro-enteritis chronica ex alcoholismo.

Я увидѣлъ больную въ первый разъ 16-го октября. Въ это время рожистый процессъ занималъ уже все лицо за исключеніемъ подбородка. Былъ назначенъ внутрь хининъ, а снаружи ихтиоль съ камфорнымъ масломъ. Процессъ неуклонно распространялся и 18-го октября перешелъ на волосистую часть головы. Кожа головы стала очень чувствительна, такъ что больная не могла прислонить голову къ подушкѣ и должна была поддерживать ее на вѣсу. Это ее очень ослабляло, такъ какъ не давало возможности уснуть. Одновременно появились признаки сердечной недостаточности. Чтобы облегчить боли былъ назначенъ согревающий компрессъ на всю волосистую часть головы, сначала изъ 3% карб. кислоты, потомъ, въ виду того, что облегченія не было, изъ сулемы 1:1000.

Воспалительныя явленія нѣсколько стихли, но общее состояніе все ухудшалось. Пульсъ 120, слабаго наполненія; больная бредитъ и галлюцинируетъ. Въ виду тяжелаго состоянія больной я влилъ 24-го числа 100 к. с. поливалентной сыворотки Габричевскаго, разлива 15-го октября, т.-е. девятидневной давности. Вливаніе дѣлалось очень медленно — 20 минутъ. При такой медленности оно совершенно безболѣзненно. Пульсъ передъ вливаніемъ былъ 126 въ минуту, очень слабаго наполненія. Черезъ 1 1/2 часа послѣ вливанія пульсъ былъ 112, черезъ часъ 96 и значительно крѣпче. Черезъ 1 1/2 часа началась обильная испарина (нужно замѣтить, что все время болѣзни пота не было). Въ самочувствіи больной и въ общемъ состояніи произошла рѣзкая переменъ, и больная уснула глубокимъ спокойнымъ сномъ. Утромъ я нашелъ ее въ состояніи эйфоріи; она пожелала сѣсть въ кресло и умыться. Появился аппетитъ. Кожа головы менѣе чувствительна, а кожа лица немного красна (послѣ отдиранія пленки коллодія и отмыванія ихтиола). На другой день, т.-е. 26-го октября, t° опять поднялась до 40° и начался рецидивъ рожи съ того же мѣста, какъ и въ первый разъ. Терапія та же — ихтиоль. Въ теченіе пяти дней рожа обошла все лицо. Но особенно былъ силенъ отекъ вѣкъ и ушей. Эти части лица въ 1-й разъ оставались пощажеными. Общее состояніе было хорошее, и, хотя больная дня три не могла поднять вѣкъ и открыть глаза, она переносила болѣзнь легко. Пульсъ былъ удовлетворителенъ.

Уже съ 3-го октября t° была около 37°, по вечерамъ не поднималась, и я думалъ, что наступило полное выздоровленіе. Вечеромъ 31-го октября, т.-е. на 7-й день послѣ инъ-екціи, меня снова позвали къ больной, которую я засталъ въ сильномъ возбужденіи, t° 39,5. Все туловище, руки, ноги покрыты крупною коревою сыпью; колѣнные суставы очень болѣзненны при движеніи, но сами суставы не распухли и кожа надъ ними не измѣнена. Паховыя железы порядочно припухли. Имитация кори была полная, не доставало только явленія со стороны слизистой носа и горла. На другой день сыпь прошла, но присоединилась болѣзненность всѣхъ мелкихъ суставовъ рукъ и ногъ. Больная лежитъ, какъ трупъ, не будучи въ состояніи сдѣлать ни малѣйшаго движенія. Еще черезъ сутки болѣзненность въ мелкихъ суставахъ уменьшилась, но появилась въ плечевомъ и тазовомъ поясѣ. Черезъ сутки и эти явленія исчезли. T° 36,6 и опять настолько хорошее самочувствіе, что больная настоятельно требуетъ разрѣшенія пить пиво. Вечеромъ 6-го октября, т.-е. на седьмой

день послѣ первой сыпи,  $t^0$  поднялась опять до 39,8 и все туловище покрылось мелкоочечной скарлатиноподобной сыпью. Суставы стали болѣзненны, но не очень. Сыпь пропала черезъ полтора сутокъ. На ногахъ сыпь не была похожа на скарлатинную, а скорѣе напоминала крапивницу, и на такихъ мѣстахъ былъ нестерпимый зудъ, такъ что пришлось назначать смазываніе масломъ. 9-го октября пульсъ снова 112, бессонница, кое-гдѣ erythema. Globus hystericus. 10-го утромъ  $t^0$  37<sup>0</sup>, вечеромъ знобъ  $t^0$  39<sup>0</sup>, рвота желчью, пульсъ 120. Въ глубинѣ мускуловъ лѣвой щеки прощупывается опухоль величиною съ волошскій орѣхъ очень твердой консистенціи. Сильная болѣзненность въ суставахъ тазового пояса. Подъ вліяніемъ распариванія появилась флюктуація, и абсцессъ самъ собою вскрылся при явленіи сильнѣйшаго пота, послѣ чего больная окончательно поправилась, но нервная система ея долго не могла прійти въ равновѣсіе.

Такимъ образомъ я имѣлъ возможность наблюдать характерный случай сывороточной сыпи или, лучше сказать, сывороточной болѣзни, такъ какъ это несомнѣнно болѣзнь *sui generis*, вполне характеризующаяся слѣдующими симптомами:

1) инкубаціоннымъ періодомъ, 2) лихорадкой, 3) сыпью, 4) увеличеніемъ железъ, 5) уменьшеніемъ лейкоцитовъ, 6) болями въ суставахъ, 7) отеками, 8) значительной нервной астеніей, 9) полнымъ отсутствіемъ явленій со стороны слизистыхъ оболочекъ и 10) значительно рѣже диффузнымъ бронхитомъ и кровавыми испражнениями. Болѣзнь начинается всегда сыпью съ мѣста укола или его окружности. Чаше всего это бываетъ urticaria, рѣже сыпь принимаетъ характеръ коревидный, скарлатиновидный или въ формѣ эритемы. Затѣмъ сыпь быстро распространяется по всему тѣлу больного, чаще на симметрическихъ мѣстахъ. При urticaria — сильный зудъ. Сыпь рѣдко держится больше 3-хъ дней. Наблюденія показываютъ, что коревидныя сыпи сопровождаются болѣе высокой температурой, чѣмъ скарлатиноподобныя. Чаше всего поражаются разгибательныя поверхности конечностей. Изрѣдка наблюдаются геморрагическія сыпи. Въ особенности на спинѣ наблюдаются большіе кровоподтеки. Одновременно съ сыпью появляется лихорадка ремиттирующаго типа и увеличеніе железъ. Лихорадка никогда не отсутствуетъ, сыпь, хотя и рѣдко, можетъ не быть. Лихорадка иногда продолжается до 5-ти недѣль, и тогда замѣчается сильное исхуданіе, а подчасъ протрація. Колебаніе 1—3<sup>0</sup>.

Продолжительность и интенсивность лихорадки зависятъ отъ количества впрыснутой жидкости, отчасти же отъ индивидуальности больного. Лихорадка не есть слѣдствіе сыпи, а обѣ суть координированныя слѣдствія одной причины (*Pirquet*). Железы распухаютъ, но не очень значительно; сначала тѣ, которыя ближе къ мѣсту инъекціи, но затѣмъ и всѣ остальные. Уменьшеніе железъ представляетъ очень цѣнный прогностическій признакъ, такъ какъ это происходитъ передъ уменьшеніемъ лихорадки и окончаніемъ болѣзни.

Селезенка также распухаетъ. Въ ней много пигмента и зернышекъ, принадлежащихъ къ группѣ липохромовъ.

Костный мозгъ часто бываетъ лимфоиднымъ, а въ клѣткахъ его встрѣчаются фигуры дѣленія ядра.

Во время инкубационнаго періода число лейкоцитовъ нѣсколько повышается, а съ наступленіемъ сыпи значительно падаетъ. Уменьшеніе происходитъ на счетъ многоядерныхъ элементовъ. По мѣрѣ выздоровленія число лейкоцитовъ возрастаетъ (признакъ для прогноза). Это очень напоминаетъ лейкопению при кори и оспѣ во время цвѣтенія сыпи.

Суставы поражаются не особенно часто. Тоже можно сказать и о ревматондныхъ мышечныхъ боляхъ (въ 10%).

Отеки — постоянное явленіе, но альбуминурия большая рѣдкость. Отеки исчезаютъ вмѣстѣ съ лихорадкой.

Важно, что лишь рѣдко поражаются слизистыя оболочки. Отсутствіе бронхита, ангины и т. д. имѣетъ значеніе при дифференціальномъ діагнозѣ отъ скарлатины и кори. Нѣсколько разъ наблюдались кровавыя испражненія, несомнѣнно связанныя съ сывороточною болѣзнію. Большое вліяніе болѣзни оказываетъ на нервную систему: плаксивость, безпокойство, раздражительность, ослабленный аппетитъ и очень сильное психуданіе.

Инкубационный періодъ 7—12 дней не можетъ быть объясненъ медленнымъ всасываніемъ, такъ какъ терапевтическое дѣйствіе наступаетъ черезъ 2 часа.

Инкубационный періодъ при второй инъекціи короче перваго, что соотвѣтствуетъ явленіямъ ревакцинаціи.

Вотъ, въ общемъ, картина сывороточной болѣзни. Клинически она довольно ясно очерчена и представляетъ собою лучшій образчикъ заболѣванія, обусловленнаго введеніемъ въ организмъ чистыхъ токсиновъ. На основаніи нашего случая можно сдѣлать слѣдующіе выводы: 1) сывороточная болѣзнь имѣетъ право на самостоятельное существованіе, такъ какъ имѣетъ циклическое теченіе съ инкубационнымъ періодомъ и цѣлымъ рядомъ симптомовъ, позволяющихъ поставить дифференціальную діагностику и прогнозъ. Оригинальность нашего случая заключается въ томъ, что мы имѣемъ какъ бы три отдѣльныхъ заболѣванія, каждое съ своеобразной сыпью и различнымъ инкубационнымъ періодомъ; получается впечатлѣніе, что дѣйствіе отдѣльныхъ токсиновъ, заключающихся въ поливалентной сывороткѣ выступило самостоятельно и послѣдовательно.

2) Лѣченія не требуется; болѣзнь проходитъ сама собою.

3) Интенсивность явленія обуславливалась двумя моментами: а) ослабленностью организма и б) *слишкомъ большою свѣжестью сыворотки.*

Въ заключеніе я хотѣлъ бы сказать, что сывороточная болѣзнь представляетъ большой интересъ для лучшаго уясненія теоріи иммунитета, и можетъ быть болѣе подробное изученіе ея дастъ отвѣтъ на неясное еще положеніе или, вѣрнѣе, предположеніе Эрлиха о сущности антитѣлъ и преципитиновъ.

---

## Случай сифилиса сердца съ Adams-Stokes'овымъ симптомомъ.

Въ весеннемъ полугодіи 1907 года наблюдался рѣдкій случай заболѣванія сердца — именно сифилитическое пораженіе его съ Adams-Stokes'овымъ симптомомъ.

22 февраля 1907 года въ терапевтическое клин. отдѣленіе больницы поступила больная И. 36 лѣтъ съ жалобой на сильную одышку, сердцебиеніе, опухоль живота и ногъ, сильный кашель и общую слабость; считаетъ себя больной съ марта прошлаго года.

Условія и образъ жизни:— живетъ въ Москвѣ, помѣщеніе сухое, не купается, въ баню ходить не можетъ, дѣлаетъ обтиранія дома, не курить, чаю пьетъ 3—4 стакана въ день, спиртного не пьетъ, столъ удовлетворительный; больная замужемъ 15 лѣтъ, дѣтей и выкидышей не было; занимается домашнимъ хозяйствомъ.

**Анамнезъ.** Больная отца и матери не знаетъ и ничего о нихъ сказать не можетъ, въ дѣтствѣ перенесла оспу (настоящую); на 14-мъ году былъ брюшной тифъ, пролежала въ постели около 4-хъ мѣсяцевъ, поправилась и чувствовала себя хорошо. Нѣсколько лѣтъ назадъ былъ сифилисъ, болѣло горло, врачами специалистами были признаны *ulcera luetica laryngis*, послѣдніе 3 года изрѣдка бывали припадки удушья съ потерей сознанія, по замѣчанію окружающихъ больная лежитъ тогда совсѣмъ синяя. Нѣсколько мѣсяцевъ назадъ показались отеки, опухоль живота, одышка и общая слабость, больная лѣчилаcь дома, принимала сердечныя средства, но безъ успѣха и 22 февраля поступила въ больницу.

**Status praesens** 22 февраля.— Органы пищеваренія въ порядкѣ; животъ увеличенъ, въ его полости имѣется скопленіе легко перемѣщающейся жидкости; печень прощупывается, она выходитъ на 4 пальца изъ-подъ края реберъ, плотная, не бугристая, край пріострепъ.

Мочиспусканіе свободно, цвѣтъ мочи темножелтый, удѣльный вѣсъ 1.021, бѣлокъ есть, сахару нѣтъ, подъ микроскопомъ лейкоциты и эпителий мочевыводящихъ путей.

Родовъ и выкидышей не было; регулы ходятъ правильно, гинекологическихъ заболѣваній не было. Органы дыханія: у больной сильная одышка, при постукиваніи легкихъ ничего ненормальнаго не открывается, при выслушиваніи — полоска влажныхъ хриповъ особенно подъ лопаткой съ лѣвой стороны.

Головная боль и головокруженіе; рефлексы N, видитъ и слышитъ хорошо.

Кости, мышцы и связки не болѣзненны.

Лимфатическія железы прощупываются въ паховой области.

Температура, 36° утромъ, 36,5 вечеромъ.

Органы кровообращенія: бываютъ сердцебиенія и припадки удушья съ потерей сознанія; подобный припадокъ былъ въ день поступленія въ больницу, при чемъ пульсъ въ лучевой артеріи доходилъ до 44 ударовъ въ минуту при рѣзко выраженномъ венномъ пульсѣ: сердце значительно увеличено, особенно въ лѣвую сторону, толчекъ у средней подмышечной линіи, лѣвое предсердіе растянуто, правая граница сердечной тупости отстоитъ вправо на 1 см. отъ праваго края грудины. При выслушиваніи предсердія сокра-

щались въ два раза чаще желудочковъ; у верхушки слышенъ шумъ съ 1-мъ временемъ, у аорты два шума—небольшой съ 1-мъ временемъ и рѣзкій со 2-мъ, у легочной артеріи акцентъ на 2-мъ тонѣ.

Пульсъ — 52 удара въ одну минуту средняго наполненія и одинаковый на обѣихъ рукахъ. Артеріи не жестки, венный пульсъ ясно выраженный въ яремной венѣ.

Въ первые два дня пытались бороться съ сердечной слабостью и удушьемъ обычными возбуждающими средствами, затѣмъ немедленно приступили къ назначенію іодистыхъ препаратовъ, а черезъ нѣкоторое время присоединили втиранія ртутной мази; получилось значительное улучшеніе, такъ что черезъ три недѣли отеки почти исчезли; асцитъ нѣтъ; мочи идетъ много, бѣлку въ ней нѣтъ, удѣльный вѣсъ съ 1.021 упалъ до 1.007; въ сердцѣ значительное улучшеніе; оно сократилось, вѣтвь заходитъ на 1 см., за сосковую линію, вправо до праваго края грудины; сокращенія предсердій и желудочковъ одинаковы по частотѣ, пульсъ доходитъ до 75 вм. 84 ударовъ, хорошаго наполненія.

*Діагнозъ.* Несомнѣнно имѣемъ дѣло съ болѣзنیю сердца въ періодѣ разстройства компенсаціи: на лицо порокъ клапановъ аорты и недостаточность сердечной мышцы: за это говоритъ увеличеніе сердечной тупости вѣтвь и шумъ съ 2-мъ временемъ у аорты; шумъ съ 1-мъ временемъ у верхушки относимъ на недостаточность двустворки, развившуюся вслѣдствіе измѣненія мышцъ въ лѣвомъ сердцѣ. Интересно, что наблюдалось сокращеніе предсердій, сокращавшихся въ два раза чаще желудочковъ, чему соответствовать также замедленный артеріальный пульсъ и рѣзко выраженный венный пульсъ; если сюда присоединить бывающіе временами припадки удушья съ потерей сознанія, то получится картина *Adams-Stokes'*овой болѣзни; объясненіе *Adams-Stokes'*ову симптомокомплексу физиологи находятъ въ явленіи такъ-называемаго сердечнаго блока (*Herzblock*), сущность котораго заключается въ томъ, что въ ритмѣ сокращеній предсердій и желудочковъ нарушается гармоническая связь вслѣдствіе того что,—какъ это показали физиологическіе опыты надъ животными холонокровными (*Gaskell* — на сердцѣ черепахи) и теплокровными (*Hering* и *Tawara*), а равно и патолого-анатомическія вскрытія со случаями сердечнаго блока (*Fahr.*), —повреждается извѣстный отдѣлъ сердечной мышцы, такъ-называемый пучекъ Гиса; подробное описаніе съ ссылкой на литературу по этому вопросу находимъ въ статьѣ д-ра *Roos'a*. [*Zur Kenntniss des Herzblocks beim Menschen. Zeitschrift für klinische Medicin Bd. 59 Hft. 2*]. Изъ вышеизложеннаго видно, что и въ нашемъ случаѣ болѣзненный процессъ коснулся между прочимъ точно опредѣленнаго отдѣла сердечной мышцы въ мѣстѣ перехода пучка мышцъ съ предсердій на желудочки<sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Изъ авторовъ, указывавшихъ на *lues*, какъ на причину разстройства сердечной дѣятельности, слѣдуетъ упомянуть проф. *Захарьина* который указывалъ на пораженіе первовъ сердца, какъ на одну изъ главныхъ причинъ разстройства сердечной дѣятельности въ картинѣ сифилиса сердца.



Причиной, вызвавшей заболѣваніе, должны признать сифилисъ, на это указываютъ: 1) бывшій у больной сифилисъ, 2) удачные результаты отъ примѣненія специфическаго лѣченія, 3) безуспѣшное примѣненіе различныхъ сердечныхъ средствъ.

Какъ проявляется сифилисъ сердца? Въ патологической анатоміи указываютъ на гуммы, помѣщающіяся въ различныхъ отдѣлахъ сердца, на диффузные инфильтраты самой мышцы сердца, ведущіе потомъ къ склерозу; получаютъ миокардиты, наконецъ, можетъ развиваться закупоривающее воспаленіе сосудовъ (*endarteriitis obliterans syphilitica*), причемъ на клапанахъ и стѣнкахъ крупныхъ сосудовъ могутъ быть диффузные инфильтраты (*endocarditis et aortitis luetica*).

Съ клинической стороны отмѣчаютъ обычные сердечные симптомы; *Krehl*, между прочимъ, указываетъ на то, что больные при сифилисѣ сердца иногда умираютъ внезапно безъ предшествующихъ жалобъ или какихъ-либо расстройствъ сердечной дѣятельности.

Въ нашемъ случаѣ имѣлось въ виду пораженіе клапановъ аорты — *endaortitis deformans*, но дальнѣйшее наблюденіе больной заставило признать диффузное измѣненіе самыхъ стѣнокъ аорты при цѣлости клапановъ, такъ какъ шумъ со вторымъ временемъ исчезъ подѣ влияніемъ специфическаго лѣченія; слѣдовательно шумъ со вторымъ временемъ обусловливался не измѣненіемъ клапановъ, а неполнымъ смыканіемъ ихъ подѣ влияніемъ воспалительныхъ измѣненій стѣнокъ въ аортѣ. Кромѣ того было пораженіе пучка Гиса въ мѣстѣ перехода съ предсердіи на желудочки; тамъ могла быть либо маленькая гумма, либо закупоривающее воспаленіе сосудовъ, обусловившее недостаточное кровоснабженіе. Статистическія данныя о сифилитическомъ пораженіи сердца находимъ у финскаго профессора *Рунеберга*. Онъ приводитъ 84 случая смерти отъ сифилиса внутреннихъ органовъ, при чемъ на долю сердечныхъ заболѣваній приходится 33 случая. Въ заключеніе можно сказать, что при заболѣваніяхъ сердца на ряду съ такими этиологическими моментами, какъ острые инфекціонныя заболѣванія, алкоголь, артеріосклерозъ, надо имѣть въ виду и сифилисъ, особенно, если больной въ молодомъ возрастѣ и заболѣваніе наступаетъ внезапно.

Черезъ семь мѣсяцевъ послѣ выписки изъ больницы больная приходила на совѣтъ въ амбулаторію: ухудшенія въ состояніи здоровья не наблюдалось.

---

## Случай пароксизмальной гемоглобинурии.

Больной поступилъ въ терап. клинику съ жалобами на періодическое появленіе кровавой мочи, сопровождающееся болями въ груди, обл. почекъ и поясницѣ, знобомъ и тошнотою. Больной 30 лѣтъ еврейскаго вѣроисповѣданія, по профессіи мелкій торговецъ, женатъ, дѣтей нѣтъ. Изъ образа жизни ничего особеннаго не приходится отмѣтить. Родители и ближайшіе родственники больного здоровые люди. Изъ дѣтскихъ болѣзней онъ никакихъ не помнитъ. 10 лѣтъ назадъ былъ сифилисъ, съ ясно выраженными вторичными явленіями. Лѣченіе состояло только въ 10 ртутныхъ втираніяхъ. 6 лѣтъ назадъ была бленнорея, безъ всякихъ осложнений. 8 мѣсяцевъ назадъ, во время еврейскаго погрома въ Одессѣ, перенесъ сильное душевное потрясеніе. 2<sup>1/2</sup> мѣсяца назадъ сильно прозябъ; придя домой, почувствовалъ тошноту, сопровождавшуюся рвотою, знобъ и боли въ груди, ногахъ и поясницѣ. При мочеиспусканіи появлялась кровавая моча. Черезъ часъ знобъ смѣнился жаромъ и боли прошли, больной пропотѣлъ и сталъ чувствовать себя совершенно здоровымъ. Моча черезъ полчаса послѣ окончанія приступа была уже свѣтлою. Такихъ приступовъ было за 2<sup>1/2</sup> мѣсяца 5. Status praesens. Больной средняго сложенія, измѣненій въ костномъ скелетѣ не отмѣчается. Мышцы развиты удовлетворительно, подкожный жиръ выраженъ достаточно, кожа нѣсколько пигментирована на груди. Органы пищеваренія, дыханія и кровообращенія уклоненій отъ Н не представляютъ, артеріи слегка жестковаты. Моча низкаго удѣльнаго вѣса — 1.007, чего-нибудь ненормальнаго не содержитъ. Сухожильные и зрачковые рефлексы не повышены, сосудодвигательные же рѣзко повышены. Кровь: гемоглобина 96%, эритроцитовъ 5.000.000, бѣлыхъ 7.000.

За время пребыванія въ клиникѣ было 3 припадка. Первый наступилъ послѣ охлажденія въ ледяной водѣ предплечья. Сначала появились тошнота и ощущение ползанія мурашекъ, потомъ боли въ груди, спинѣ и ногахъ. T° не оказалась повышенной, въ мочѣ появились гіалиновые цилиндры и слѣды бѣлка, гемоглобина въ мочѣ и гемоглобинеміи не было. Такимъ образомъ этотъ припадокъ надо считать не полнымъ. Второй припадокъ наступилъ послѣ часового гулянья на воздухѣ при t° — 5°. Больной сталъ чувствовать ощущение ползанія мурашекъ, тошноту и знобъ. Въ мочѣ появился бѣлокъ, но гемоглобина еще не было. Черезъ 1<sup>1/2</sup> часа послѣ начала зноба появились гемоглобинемія и гемоглобинурия. Знобъ продолжался 3<sup>1/2</sup> часа и затѣмъ наступилъ жаръ, продолжавшійся 1<sup>1/2</sup> часа. T° повысилась до 38,9. Пульсъ 100 ударовъ, довольно напряженный, руки были красны, ноги же были холодны и анемичны. Это явленіе вазомоторнаго характера наблюдалось и при первомъ припадкѣ. Въ мочѣ былъ бѣлокъ, гіалиновые цилиндры, окси и метгемоглобинъ. Кровь на сухихъ препаратахъ измѣненій не представляла. Количественное опредѣленіе дало такіе результаты: красн. кровяныхъ шариковъ 4.800.000 (до припадка у больного было 5.000.000), бѣлыхъ 8.000 (приблизительно какъ и до припадка). Удѣльный вѣсъ и щелочность отклоненій не представляли. Гемоглобинъ исчезъ въ мочѣ черезъ 4 часа послѣ окончанія припадка, бѣлокъ и гіалиновые цилиндры были находимы и на второй день. 3-й припадокъ былъ такого же характера, только менѣе интенсивный.

Послѣ вышеизложеннаго я считаю лишнимъ останавливаться на дифференцированіи этого типично выраженнаго случая пароксизмаль-

ной гемоглобинурии, съ такъ называемыми вторичными гемоглобинуриями, являющимися при нѣкоторыхъ инфекціонныхъ страданіяхъ и при отравленіяхъ.

Вслѣдствіе сравнительной рѣдкости и неясности патогенеза пароксизмальной гемоглобинурии, ей было удѣлено немало вниманія со стороны изслѣдователей.

Большинство старыхъ авторовъ<sup>1)</sup> объясняли патогенезъ этого страданія тѣмъ, что красн. кровяные шарики, утратившіе свою нормальную резистентность отъ сифилиса, малярии и различныхъ инфекціонныхъ страданій, отдають свой гемоглобинъ при прохожденіи черезъ почки, въ окружающую ихъ жидкую среду, при условіи рефлекторно наступившаго въ нихъ расстройства циркуляціи крови. Нѣкоторые авторы допускали при этомъ участіе печени, выделяющей токсическія вещества во время приступовъ. Особыхъ доказательствъ кромѣ чистаго умозрѣнія эти теоріи за собою не имѣють, поэтому долго останавливаться на этомъ нечего. Гораздо интереснѣе воззрѣнія, относящія патогенезъ пароксизмальной гемоглобинурии къ самой крови.

Такъ, *Kussner* первый замѣтилъ появленіе гемоглобинеміи въ крови во время приступовъ. *Cohnheim*, *Murri* допускають разрушеніе кр. шариковъ подъ вліяніемъ охлажденія и перенасыщенія крови углекислотою, принимая при этомъ особую чувствительность кровяныхъ шариковъ. Въ этомъ отношеніи интересенъ случай, приводимый *Hombberger'омъ*<sup>2)</sup>.

Мальчикъ 10 лѣтъ попалъ въ ледяную воду, отсюда былъ извлеченъ черезъ 10 минутъ. Вскорѣ онъ пришелъ въ себя, но былъ очень слабъ и блѣденъ, на другой день у него появился приступъ гемоглобинурии, продолжавшійся 4 часа. Указаній на lues у родителей не было, изъ инфекціонныхъ заболѣваній у мальчика была корь.

Авторъ относитъ это явленіе на рѣзкое измѣненіе осмотического давленія въ красныхъ кровяныхъ шарикахъ, вслѣдствіе разницы т<sup>0</sup> плазмы и шариковъ.

За послѣднее время работы о гемолизинахъ дали возможность подойти ближе къ разрѣшенію патогенеза пароксизмальной гемоглобинурии. Эрлихъ первый, отказавшись отъ своего прежняго предположенія, что причина гемоглобинурии въ особой чувствительности красн. кров. шариковъ къ холоду, высказалъ мысль о существованіи въ крови гемоглобинуриковъ аутолизина, образующагося подъ вліяніемъ охлажденія. Это было подтверждено работами *Доната* и *Видаля*. Такимъ образомъ въ основу пароксизмальной гемоглобинурии ставятся два условія — особая чувствительность красныхъ кров. шариковъ и присутствіе въ крови лизина. Выясненіемъ перваго вопроса занимались *Chwostek*<sup>3)</sup>, *Эрлихъ* и *Донатъ*. Результаты были слѣдующіе: при охлажденіи кр. кр. шарики теряють гемоглобинъ при тѣхъ же условіяхъ какъ и нормальные. Къ чужой сывороткѣ они относятся такъ

<sup>1)</sup> *Dressler* Virchow's Archiv 1854. VI.

<sup>2)</sup> Zeitschrift für klinische Medicin 1904. 53.

<sup>3)</sup> Über das Wesen der paroxysmally Haemoglobinurie. Wien, 1894.

же, какъ шарики здоровыхъ людей. Относительно механическихъ воздѣйствій они менѣе устойчивы, чѣмъ въ нормѣ (Опыты съ сотрясеніемъ въ пробиркѣ).

Относительно лизина заслуживаютъ вниманія работы Доната и Ландштейнера <sup>1)</sup>. Въ первой своей работѣ онъ не нашелъ гемолизина въ крови гемоглобинуриковъ, это ему удалось только годъ спустя, послѣ нѣкоторыхъ пріемовъ техники. Онъ твердо увѣровалъ по аналогіи съ явленіями, вызываемыми экспериментально добытыми лизинами и агглютинаинами въ существованіе такого же характера яда и въ крови гемоглобинуриковъ и шелъ твердо, придерживаясь методики *Эрлиха*, *Моргенрота*, *Борде* и другихъ патологовъ, установившихъ новѣйшіе факты этого рода ядовъ.

Позволяю себѣ напомнить въ нѣсколькихъ словахъ о природѣ этихъ ядовъ <sup>2)</sup>. *Эрлихъ*, выпрыскивая впродолженіе 8 недѣль козью кровь кролика, нашелъ, что сыворотка козы пріобрѣтаетъ литическое свойство по отношенію къ сывороткѣ кролика. Этотъ пріемъ сталъ общимъ для добыванія всевозможныхъ лизиновъ — гемо-, нефро-, спермолизиновъ. Изучая эти вещества онъ нашелъ, что одна часть лизина инактивируется при 56°, другая выдерживаетъ болѣе высокую <sup>3)</sup>. Первую онъ назвалъ комплементомъ, вторую *immunkörper*’омъ. При чемъ *immunkörper*’ы обладаютъ только индивидуальностью, а комплементы одинаковы въ крови почти всѣхъ индивидовъ известнаго вида. Говорю почти, потому что послѣднія работы указываютъ также на нѣкоторую индивидуальность комплементовъ.

Во второй работѣ *Донатъ* поставилъ опыты съ красными кров. шариками и сывороткой, придерживаясь условій, при которыхъ происходитъ гемоглобинурія у больного, т.-е. онъ сначала шарики охлаждалъ въ сывороткѣ, а потомъ ставилъ ихъ въ термостатъ. Результаты оказались положительными — шарики теряли гемоглобинъ.

Выводы этой работы слѣдующіе:

1) Въ крови существуетъ лизинъ, дѣйствующій на красн. кровян. шарики при условіи охлажденія и послѣдующаго нагреванія. *In vitro* охлажденіе до 13° 25 минутъ и нагреваніе при 37° — 1 часъ.

2) Лизинъ состоитъ изъ двухъ составныхъ частей: одной разрушаемой при 50° и другой при болѣе высокой <sup>4)</sup>.

3) Красные шарики обладаютъ сравнительно съ нормальными свойствомъ большей повреждаемости при механическомъ воздѣйствіи.

4) *Lues* имѣетъ, повидимому, громадное значеніе, какъ этиологическій моментъ.

Свои опыты я началъ съ провѣрки вышеприведенныхъ результатовъ работы *Доната*, придерживаясь той же методики. Сыворотка, взятая у больного, дѣйствительно, при известныхъ условіяхъ, оказа-

<sup>1)</sup> Münchner med. Wochenschrift, 1903, № 18. Zeitschrift für klinische Medizin, 1904, 52. B.

<sup>2)</sup> Berliner Wochenschrift, 1899, № 22; 1899, № 1.

лась обладающею литическими свойствами, какъ по отношенію къ шарикамъ чужимъ, такъ и своимъ. Шарики были взяты отъ больныхъ съ крупозною пневмоніею, маляріею, тифомъ и подагрой и мои собственные. Интересно было далѣе узнать, одинакова ли степень растворимости красныхъ кровяныхъ шариковъ у всѣхъ взятыхъ лицъ, или у гемоглобинурика она повышена. Для этого я употреблялъ обычный калориметрическій способъ для опредѣленія гемоглобина. Кровь для сравненія брать у себя и у лицъ съ одинаковымъ, приблизительно по отношенію къ больному, количествомъ эритроцитовъ, т.-е. 5.000.000 на к. с. Количества крови и отмытыхъ кров. шариковъ я тщательно уравнивалъ. Эти опыты, повторенные нѣсколько разъ, дали одинаковые результаты — растворимость шариковъ больного и другихъ лицъ была одинакова.

Лизинъ въ крови больного оказался состоящимъ изъ 2-хъ частей: одной, исчезающей при  $46^{\circ}$ , и другой при  $65^{\circ}$ . При чемъ первый является съ характеромъ комплемента, второй иммункёрпера. Комплементъ сыворотки моей крови инактивировался при  $55^{\circ}$ . Было интересно узнать, возвращаетъ ли литическое свойство сывороткѣ больного, у которой комплементъ былъ инактивированъ при нагреваніи до  $46^{\circ}$ , сыворотка моей крови съ комплементомъ инактивируемымъ при  $55^{\circ}$ . Оказалось, что возвращаетъ.

*Chwostek* и *Donat* утверждаютъ, что красн. кров. шарикки гемоглобинуриковъ обладаютъ большею, чѣмъ въ нормѣ, повреждаемостью; для доказательства этого они приводятъ опыты встряхиванія кр. шариковъ въ пробиркахъ съ физиологическимъ растворомъ. Этотъ способъ казался мнѣ мало доказательнымъ и не имѣющимъ никакого учета. Я примѣнилъ способъ *Лимбека*, измѣряя осмотическое давленіе кр. шариковъ въ различныхъ растворахъ поваренной соли. Оказалось, что въ этомъ отношеніи шарикки больного не отличаются отъ кр. шариковъ моей крови и двухъ другихъ здоровыхъ лицъ. Раствореніе наступало въ растворѣ 0,425 при  $t^{\circ} 18^{\circ}$ . Это обстоятельство и вышеприведенный опытъ сравненія растворимости въ литической сывороткѣ кр. шариковъ больного и другихъ здоровыхъ лицъ, даютъ возможность высказаться за отсутствіе рѣзко выраженной противъ нормы чувствительности кр. кр. шариковъ у нашего гемоглобинурика. — Измѣряя количественно растворяющую силу сыворотки во время и послѣ припадка, я замѣтилъ, что: 1) полученная отъ больного при началѣ гемоглобинуріи она не растворяла кр. кр. шариковъ моей крови, во 2) инактивированная при  $57^{\circ}$  она все-таки растворяла кр. кр. шарикки больного, взятые во время припадка, если къ ней была прибавлена сыворотка здоровой крови, въ 3) кр. кр. шарикки, взятые въ это время и быстро отмытые, растворялись въ моей сывороткѣ, въ 4) при началѣ жара сыворотка начинала пріобрѣтать литическую способность. Эти явленія можно объяснить только тѣмъ, что во время приступа гемоглобинуріи часть лизина, инактивируемая при

65°, immunkörper, является связанною съ кр. кр. шариками больного, поэтому они и растворялись въ сывороткѣ моей крови, содержащей необходимый для этого компонентъ и, наоборотъ, кр. кр. шарики моей крови не растворялись въ сывороткѣ больного, взятой изъ крови во время зноба, потому что ней не было immunkörper'a. Эти результаты были провѣрены мною надъ кровью больного внѣ приступа гемоглобинурии.

Красн. кр. шарики больного и моей крови были поставлены въ ледъ на 25 минутъ въ его сывороткѣ, затѣмъ дважды промыты и поставлены въ термостатъ въ физиологическомъ растворѣ и въ сывороткѣ моей крови. Въ физ. рас. растворенія не произошло, а въ моей сывороткѣ раствореніе было полное. Далѣе сыворотка, слитая съ охлажденныхъ шариковъ теряла одну изъ составныхъ частей, оставшуюся на нихъ и поэтому поставленная въ термостатъ съ моими шариками не растворяла ихъ вовсе, или очень мало. Такимъ образомъ in vitro выясняется механизмъ гемоглобинеміи in vivo.

Въ одной изъ своихъ работъ *Эрлихъ* высказалъ предположеніе, что роль образования гемолизина принадлежитъ не клѣткамъ крови, а скорѣе клѣткамъ сосудистой системы<sup>1)</sup>.

Не найдя въ литературѣ опытной провѣрки этого мнѣнія, я поставилъ нѣсколько опытовъ надъ моимъ больнымъ. Сдѣлавъ асептическую заволоку на рукѣ больного, я добылъ лейкоцитарную жидкость. Она состояла преимущественно изъ поленуклеаровъ. Эту жидкость я обработалъ по *Бухнеру*, т.-е. замораживалъ, оттаивалъ и затѣмъ растиралъ въ ступкѣ для того, чтобы извлечь навѣрняка могущій быть въ нихъ лизинъ.

Въ этой жидкости, къ которой были прибавлены къ одной части физиологическій растворъ, а къ другой — сыворотка моей крови, растворенія кр. кр. шариковъ какъ больного, такъ и здороваго не наблюдалось. Въ виду отрицательнаго результата съ лейкоцитами, я поставилъ опыты съ лимфоцитами, которые мнѣ удалось добыть центрофугированіемъ изъ эксудата послѣ приставленія мушки. Какъ извѣстно, въ мушечномъ эксудатѣ клѣточныхъ элементовъ бываетъ очень мало, если же они появляются, то состоятъ преимущественно изъ лимфоцитовъ. У больного въ эксудатѣ было достаточно клѣточныхъ элементовъ и, главное, было много лимфоцитовъ. Опыты, поставленные съ экстрактомъ лимфоцитовъ, дали тоже отрицательные результаты. Послѣ моей работы я нашелъ въ текущей литературѣ работу *Lambott'a* и *Stiennon'a*<sup>2)</sup>, которые пришли къ тому же результату, что лейкоциты повидимому не содержатъ лизина. Конечно вопросъ, играютъ ли они вообще роль въ его выработкѣ и какова эта роль, остается откры-

<sup>1)</sup> Gefässwand unter dem Einfluss der Kälte, bei specifisch disponirten Individuen, Agentien producirt, die das Discoplasma der Eritrocyten schädigen (Zeitschrift für klinische Medicin. 1881).

<sup>2)</sup> Lambotte et Stiennon. Alexines et leucocytes. Centralblatt für Bacteriologie, 40 Band.

тымъ. Эксудативная жидкость изъ-подъ мушки оказалась литичной для кр. кр. шариковъ въ той же мѣрѣ, какъ и сыворотка крови. Можетъ быть на самомъ дѣлѣ *Эрлихъ* былъ правъ, разсматривая образование лизиновъ, какъ частный случай выработки клѣтками организма ферментовъ вообще, какъ результатъ нитанія въ широкомъ смыслѣ этого слова. (Erlieh. Sauerstoffbedürfniss des Organismus. Berlin. 1885).

Опыты съ мочею были поставлены такъ: моча больного и здороваго были нейтрализованы и уравнены по удѣльному вѣсу и поставлены съ кр. кр. шариками сначала въ ледъ, потомъ въ термостатъ. Растворенія кр. кр. шариковъ не получилось.

Въ виду несомнѣннаго *Lues'a* больной провелъ курсъ ртутныхъ втираній (30) и іодистое лѣченіе (4 недѣли). Изслѣдованіе сыворотки крови больного показало, что кр. кр. шарики растворялись въ ней такъ же, какъ и до лѣченія.

Выводы: 1) Въ крови моего больного находится haemolisin.

2) Онъ состоитъ изъ 2-хъ частей: одна инактивируется при 46°; другая при 65°.

3) Красные кр. шарики больного со стороны осмотического давленія не отклоняются отъ нормы.

4) Они не уклоняются отъ нормы также со стороны устойчивости по отношенію къ haemolisin'у.

5) Во время припадковъ гемоглобинурии сыворотка крови больного теряетъ свою растворяющую силу вслѣдствіе конденсаціи части haemolisin'a при охлажденіи на кр. кр. шарикахъ.

6) Лейкоциты и лимфоциты haemolisin'a въ себѣ не содержатъ.

7) Ртутное и іодистое лѣченіе не являются специфическими средствами для уничтоженія въ крови гемолизина.

8) Моча гемолизина не содержитъ.

9) Почки вовлекаются въ страданіе, и присутствіе бѣлка и цилиндровъ нельзя объяснять только послѣдствіемъ распада гемоглобина.

10) Сильно повышена у больного раздражимость вазомоторнаго центра.

11) Количественный составъ крови, щелочность и удѣльный вѣсъ отклоненій отъ нормы не представляютъ.

---

## Аномалии ушной сережки, какъ одинъ изъ признаковъ астенической дегенерации, въ частности—туберкулезной.

(Предварительное сообщеніе).

При изслѣдованіи 800 больныхъ неправильности ушной мочки были отмѣчены въ 58% всѣхъ случаевъ, неправильности строенія грудной клѣтки (грудины, реберъ, ключицъ), — въ 10%, аномалии черепа въ 8%, асимметріи разныхъ видовъ—въ 8%, аномалии зубовъ—въ 5%, уродства—о, 6%. Значительное преобладаніе аномалій ушной мочки побудило меня разобратъся въ этомъ явленіи, тѣмъ болѣе, что эти особенности наблюдались въ 76% числа (531) больныхъ съ указаніями на личный и наследственный туберкулезъ.

Отмѣчавшіяся въ моихъ наблюденіяхъ аномалии ушной мочки, согласно *Schwalbe* и большинству антропологовъ, можно раздѣлить на 3 группы: на группу I, наиболѣе рѣзкую и характерную—гдѣ мочка скошена и приращена къ щеке подъ острымъ угломъ; II группу—съ простымъ приращеніемъ мочки, III группу—съ только слабо развитой мочкой; каждая изъ группъ, въ свою очередь, подраздѣляется на нѣсколько видовъ съ различными переходными степенями выраженности и приращенія мочки, причемъ важенъ принципъ слѣдующій: всего болѣе дегенеративнымъ характеромъ отличается та мочка, которая болѣе скошена, болѣе приращена, больше, миниатюрнѣе и менѣе отдѣлена отъ щеки щелью или бороздой.—Я предпочелъ остановиться на аномалии мочки, оставивъ въ сторонѣ другія аномалии ушной раковины въ виду того, что первыя всего чаще встрѣчаются, лучше поддаются какъ изслѣдованію, такъ и классификаціи.

Я не согласенъ съ тѣми, кто склоненъ видѣть въ явленіи лишь особенный расовый признакъ; за связь явленія съ неправильнымъ развитіемъ организма говоритъ во-первыхъ огромный процентъ (48%) асимметріи мочекъ у одного и того же субъекта, во-вторыхъ, то, что неправильная мочка встрѣчается далеко не у всѣхъ членовъ одной и той же семьи,—а у наиболѣе расположенныхъ къ тбс, и въ 3-хъ, что антропологическія изслѣдованія производились въ разныхъ странахъ у людей „здоровыхъ“, независимо отъ вопроса объ ихъ наследственности—въ особенности—туберкулезной; наконецъ въ 4-хъ,—на осно-



ваніи статистики В. В. Воробьева, — указывающей на преобладаніе неправильныхъ мочекъ у молодыхъ рязанцевъ передъ пожилыми, что можно было бы скорѣе объяснить большей смертностью дебильныхъ дегенерантовъ съ неправильной мочкой, нежели полной инволюціей хряща ушной раковины къ преклонному возрасту, съ вытекающимъ отсюда отвисаніемъ мочки.

Установивъ связь между неправильной мочкой вообще и tbc, я подвергъ изслѣдованію мочки при разныхъ условіяхъ и нашелъ, что онѣ всего болѣе дегенеративны 1) при семейномъ tbc, 2), при двусторонней наслѣдственности 3) въ случаяхъ, гдѣ tbc былъ не только у родителей, но и у кого-нибудь еще въ роду. Однако, являясь признакомъ дебильнаго дегенеративнаго склада, неправильныя мочки не всегда наблюдались лишь тамъ, гдѣ былъ tbc личный, или наслѣдственный, но и тамъ, гдѣ былъ въ высшихъ поколѣніяхъ алкоголизмъ; такъ, напр.: при чистомъ алкоголизмѣ въ высшихъ поколѣніяхъ — въ 22% случаевъ — (противъ 60% случаевъ чистаго tbc въ высшихъ поколѣніяхъ). Былъ, кроме того, у меня извѣстный процентъ наблюдений, гдѣ не было никакихъ указаній на тотъ или другой изъ факторовъ вырожденія и въ виду этого оказалось необходимымъ просмотрѣть матеріалъ по племеннымъ группамъ; при этомъ оказалось, что среди племенъ великороссовъ, уроженцевъ центральныхъ губерній, евреевъ, армянъ, поляковъ и западно-европейцевъ извѣстный процентъ индивидуумовъ при отсутствіи какой бы то ни было наслѣдственности, обнаруживалъ неправильныя мочки, при этомъ всего чаще — поляки, евреи же — всего рѣже.

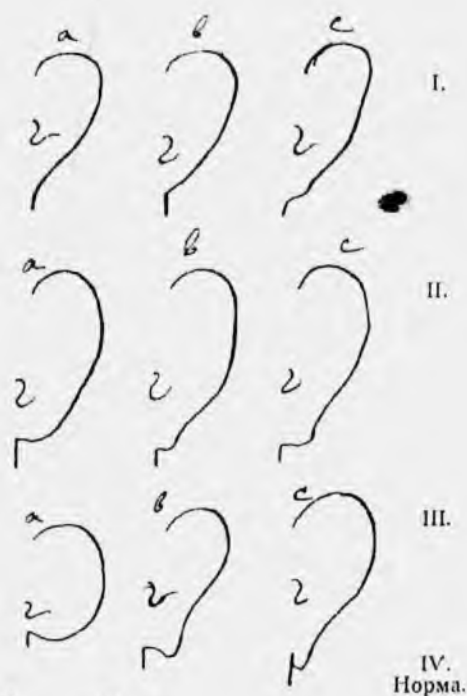
На основаніи своего изслѣдованія могу выставить слѣдующія положенія:

1) Наиболѣе характернымъ признакомъ астенической дегенераціи надо признать аномаліи ушной мочки, въ порядкѣ: 1) Приросшая скошенная мочка, II) просто приросшая мочка, III) слабо развитая мочка.

2) Эта особенность выступаетъ весьма рельефно у тѣхъ племенъ, относительно которыхъ всего меньше можно признать вліяніе азіатскихъ чертъ строенія.

3) Дегенеративное значеніе неправильной (дегенеративной, зародышевой) мочки заставляетъ лишній разъ просмотрѣть вопросъ объ отношеніи расовыхъ особенностей къ факторамъ патологическимъ.

Выводы свои, основанные на личныхъ изслѣдованіяхъ, я намѣренъ считать рѣшающими лишь послѣ того, какъ они подтвердятся изслѣ-



дованіями: I) среди разныхъ племенъ и главнымъ образомъ среди евреевъ, гдѣ почти исключенъ факторъ алкоголизма, сифилиса, монгольской крови; II) среди тѣхъ великороссовъ, которые сохранились чистыми отъ вліянія сифилиса, алкоголизма, туберкулеза, жизни въ большихъ культурныхъ и промышленныхъ центрахъ; III) на представителяхъ нѣсколькихъ поколѣній большихъ семействъ.

---

.

.

### **„Мозговой топографъ“ (приборъ для проекціи частей мозга на поверхности черепа.)**

Несмотря на всѣ положительныя стороны Зерновскаго энцефалометра, намъ на практикѣ пришлось встрѣтиться съ такими его отрицательными сторонами, особенно ощутительными при клинической работѣ, которыя дѣлаютъ самое изслѣдованіе нѣсколько долгимъ и кропотливымъ, въ то время какъ состояніе больного иной разъ требуетъ возможно меньшей траты времени.

Недостатки эти слѣдующіе:

1) При изслѣдованіи больныхъ помощью энцефалометра необходимо пользоваться картой, т.-е. при опредѣленіи мѣста на поверхности черепа соотвѣтственно интересующему мозговому центру, должно предварительно отыскать послѣдній на картѣ и всѣ опредѣляющія его здѣсь по градусамъ долготы и широты точки переносить на черепъ посредствомъ цѣлаго ряда необходимыхъ для каждой точки установокъ дуги и подвижнаго радіуса энцефалометра. Эта двойная процедура сложна и на практикѣ отнимаетъ много времени, а потому она представляетъ важное и главное неудобство метода.

2) Другой недостатокъ метода заключается въ томъ, что приборъ долженъ быть неразлучнымъ съ картой, и, если нѣтъ подъ рукой пояснительныхъ картъ или таблицъ, пользованіе энцефалометромъ абсолютно невозможно. При клинической работѣ это неудобство имѣетъ большое значеніе.

Эти два недостатка „Зерновскаго энцефалометра“ и заставили насъ разрѣшить проблему энцефалометра въ нѣсколько иномъ смыслѣ и привели насъ къ устройству прибора, который предлагаемъ называть „мозговымъ топографомъ“.

Сущность нашего аппарата заключается въ томъ, что мы для удобства проецированія на черепъ извѣстныхъ намъ по картамъ *Д. Н. Зернова* и *Н. В. Алтухова* отдѣловъ мозга и для устраненія необходимости во вспомогательныхъ таблицахъ соединили приборъ съ картой мозговыхъ полушарій, воспользовавшись идеей географическаго глобуса (см. карту).

Съ этою цѣлью къ основному, горизонтальному кольцу „Зернов-

скаго энцефалометра" (*a*), имѣющему во внутреннемъ діаметрѣ 26 см. и снабженному для установки на головѣ сверху — винтомъ съ подушкой для темени (*h*), спереди—штифомъ (*b*) съ пластинкой о двухъ лапкахъ, подводимыхъ подъ верхніе края обонхъ глазницъ (*c*), сзади—штифомъ, кончающимся при помощи шарового шарнира металлическимъ кружкомъ съ резиновой подстилкой для задняго затылочнаго бугра <sup>1)</sup> (*d, e*), и по бокамъ — двумя подвижными въ горизонтальной и вертикальной плоскостяхъ штифтами съ деревянными оливами для наружныхъ ушныхъ отверстій (*f, g*), — къ этому горизонтальному кольцу, говоримъ мы, припаяно опрокинутое полое алюминіевое полушаріе 26 см. въ діаметрѣ, съ лобными и затылочными полюсами и фронтальнымъ экваторомъ, съ выгравированными, какъ на глобусѣ, параллелями и меридіанами черезъ  $10^0$ ; по этой сѣткѣ выгравирована также, на основаніи данныхъ *Зернова* и *Алтухова*, карта бороздъ и извилинъ большихъ полушарій мозга со всѣми групповыми ея особенностями, а также и положеніе большихъ мозговыхъ ганглиевъ и черепныхъ швовъ <sup>2)</sup>.

Такой мозговой полуглобусъ будетъ представлять проекціи упомянутыхъ частей черепа и мозга на шаровой поверхности; соорудивъ его, мы должны были еще найти способъ перенесенія любой части этой карты на поверхность черепа.

Съ этою цѣлью пришлось изыскать способъ проведенія радіусовъ черезъ любую точку на поверхности глобуса, надѣтаго на голову, до соприкосновенія ихъ съ соответствующей точкой на поверхности головы. Достигли мы этого слѣдующимъ образомъ: во-1-хъ, просверлили чрезъ алюминіевый слой большое число круглыхъ отверстій  $1\frac{1}{2}$  мм. въ діаметрѣ, числомъ отъ 6 до 9 въ каждой десятиградусной кѣткѣ сѣти глобуса, смотря по ширинѣ промежутка между меридіанами; при этомъ многія отверстія пришлись какъ разъ на выгравированную борозду и т. п.; однако этимъ нисколько не нарушилась цѣлость карты; нетронутыми остались лишь линіи самой сѣтки.

Во-2-хъ, изготовленъ круглый алюминіевый штифтъ толщиною въ  $1\frac{1}{2}$  мм. (*i*), съ плоской шапкой на одномъ концѣ, на другомъ снабженный чернильнымъ карандашомъ; онъ долженъ проходить въ любое изъ отверстій, въ качествѣ радіуса, до соприкосновенія съ поверхностью головы. Штифтъ этотъ, которому приписана въ нашемъ мозговомъ топографѣ важная роль, въ этомъ видѣ, однако, не достигъ бы цѣли вслѣдствіе того, что слишкомъ незначительная толщина стѣнки глобуса не въ состояніи давать штифту, вставленному въ отверстие, математически точное радіальное направленіе. Въ виду этого

<sup>1)</sup> Оба эти штифта снабжены дѣленіями, для того чтобы каждый разъ можно было установить кругъ на одинаковомъ разстояніи отъ лба и затылка.

<sup>2)</sup> Для клиническихъ цѣлей вполне достаточной считаемъ упрощенную карту бороздъ и извилинъ, представляющую среднее ихъ положеніе у мужчинъ (*Алтуховъ*, карта 1) (см. рис. 3).

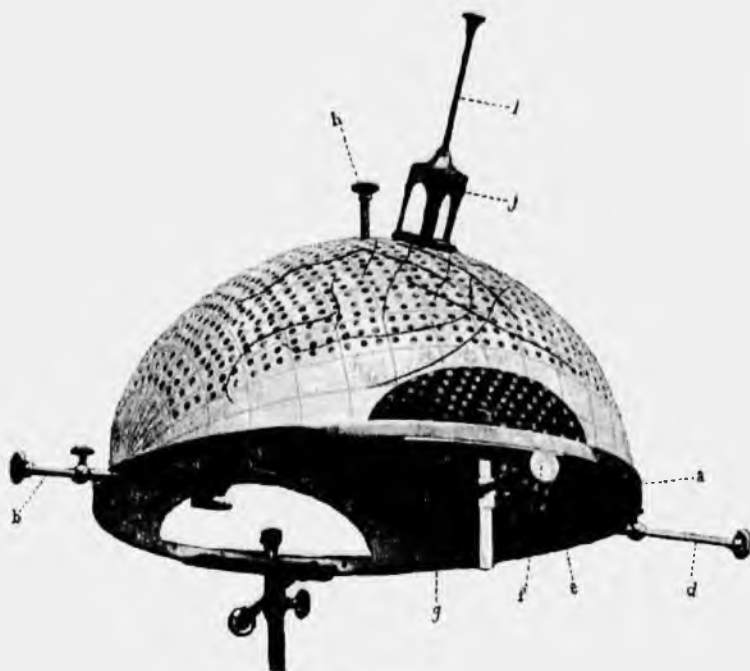
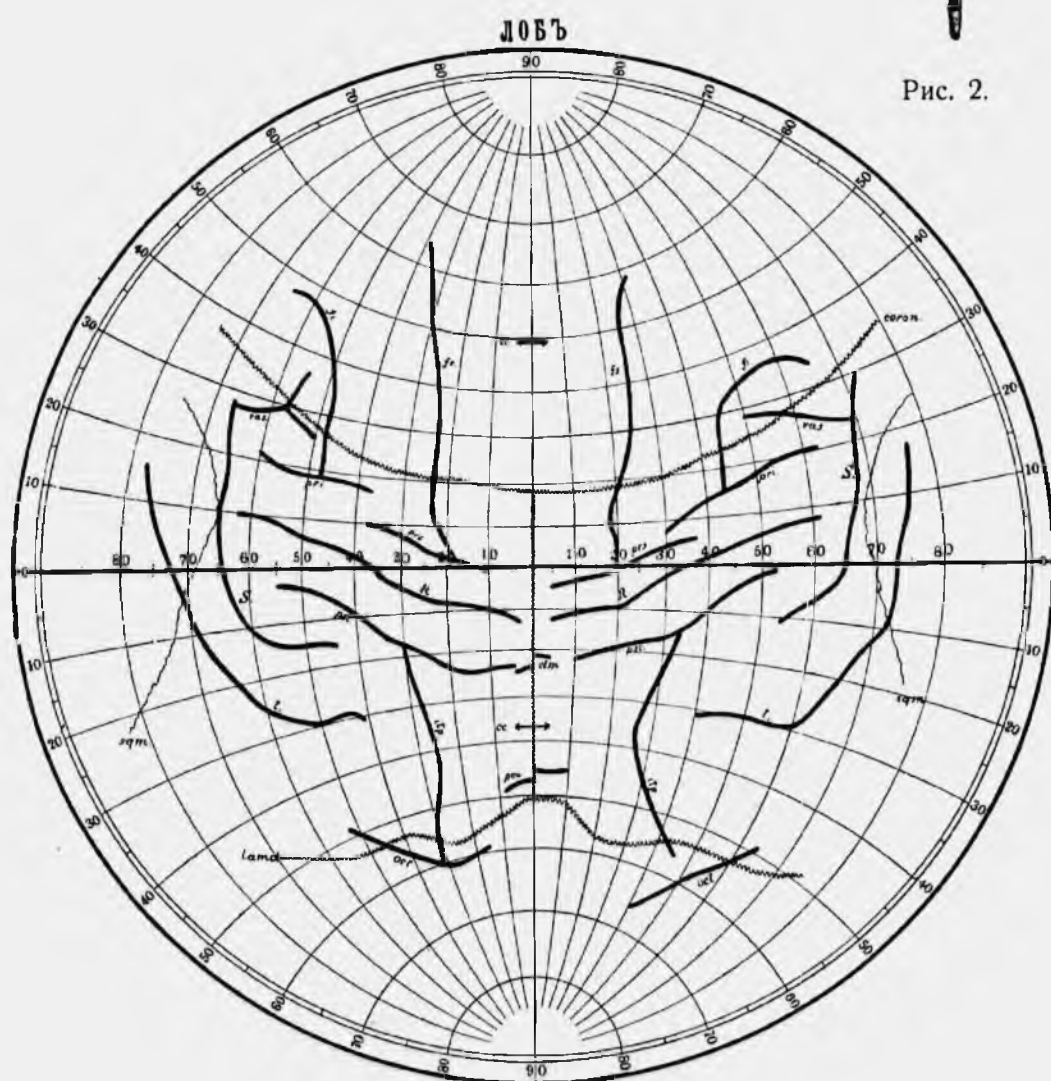


Рис. 1.



Рис. 2.



ЗАТЫЛОКЪ

Рис. 3.

пришлось изобрѣсти металлическое приспособленіе (1), имѣющее форму бесѣдки, съ кольцеобразнымъ основаніемъ изъ твердаго каучука, сплошной металлической крышей, отъ центра которой начинается трубочка  $1\frac{1}{2}$  mm. въ діаметръ, проходящая по точно-осевому, вертикальному направленію почти до самой плоскости основанія бесѣдки; когда послѣдняя поставлена на поверхность нашего глобуса кольцеобразнымъ основаніемъ, черезъ ея осевую трубку можетъ быть пропущенъ радіальный штифтъ и, смотря по мѣсту установки бесѣдки, пройти черезъ подлежащее отверстіе глобуса, до соприкосновенія съ поверхностью головы въ математически точно радіальномъ направленіи.

Описаннымъ образомъ устроенный „мозговой топографъ“ даетъ возможность очень легко и скоро разрѣшать объ возложенныя на всякій энцефалометръ задачи:

А) Наносить на поверхность головы мозговую карту или какую-либо ея точку: для этого, надѣвъ приборъ на голову, отмѣчаютъ пишущимъ радіальнымъ штифтомъ на кожѣ обритой головы отдѣльную точку или рядъ точекъ по направленію интересующихъ бороздъ и затѣмъ, убравъ приборъ, дорисовываютъ по этимъ точкамъ требуемую карту.

В) Опредѣлять, какая часть мозговой поверхности соотвѣтствуетъ данному участку черепной крышки: надѣвъ приборъ на голову, доводятъ указательный радіальный штифтъ до интересующаго мѣста на поверхности головы (экзостоза, дефекта и т. п.), который виденъ сквозь отверстія прибора или нащупывается подведенными подъ приборъ къ соотвѣтствующему мѣсту поверхности головы пальцами лѣвой руки, и отмѣчаютъ, чрезъ какія мѣста на поверхности мозгового глобуса прошелъ штифтъ.

---

Мозговой топографъ дѣлается въ механической мастерской Громова (Москва, Никитскій бульваръ, уголъ Арбатской площади) и стоитъ—изъ латуни 35 р., изъ алюминія 45 р.

### Свѣтящаяся модель мозга.



Свѣтящаяся модель мозга предназначена мной для демонстраціи на лекціяхъ по анатоміи, фізіологіи и клиникѣ нервной системы расположенія отдѣльныхъ моторныхъ и сенсорныхъ центровъ мозговой коры и направленія главныхъ длинныхъ, соединенныхъ съ ними, путей.

Онъ представляетъ модель одного (или обоихъ), большого полушарія головного мозга человѣка, имѣющую въ длину около 1 аршина и состоящую изъ прочнаго, проволочнаго остова, не только придающаго модели форму полушарія, но и обозначающаго всѣ главныя борозды и большія гангліи основанія мозга; весь остовъ полушарія покрытъ тонкой и густой проволочной сѣткой, которая лежитъ на поверхности мозга такъ, что образуетъ между бороздами продолговатыя выпуклости, поддерживаемыя снизу короткими поперечными проволочными дугами и производящими, благодаря такому устройству, впечатлѣніе мозговыхъ извилинъ. Части этихъ извилинъ, соотвѣтствующія извѣстнымъ кортикальнымъ центрамъ, выкрашены разноцвѣтными масляными красками, остальная же, малоизвѣстная часть мозговой поверхности, выкрашена въ свѣтлосѣроватый тонъ.

Подъ надлежащимъ мѣстомъ поверхности той или другой извилины, соотвѣтственно положенію опредѣленнаго кортикальнаго центра, укрѣплена концами къ периферіи конусообразная, окрашенная въ какой-нибудь цвѣтъ, такъ наз. „елочная“ электрическая лампочка, отъ основанія которой протянуты двѣ изолированныя, окрашенныя въ тотъ же цвѣтъ телефонныя проволоки къ мѣсту внутренней капсулы (между зрительнымъ бугромъ и чечевич-

нымъ ядромъ), а отсюда пучкомъ, вмѣстѣ со всѣмъ другимъ, внизъ, за предѣлы модели полушарія къ подставкѣ въ видѣ высокаго, въ  $1\frac{1}{4}$  аршина, ящика, на верхней доскѣ котораго расположенъ цѣлый рядъ электрическихъ включателей, по числу лампочекъ, при которыхъ имѣются названія иннервируемой даннымъ центромъ части тѣла или органа.

Надъ этимъ ящикомъ возвышаются два параллельныхъ, прикрѣпленныхъ къ его задней стѣнкѣ металлическихъ стержня, удерживающихъ на своихъ верхнихъ концахъ всю проволочную модель мозгового полушарія. Самый же ящикъ, въ случаѣ невозможности пользоваться для освѣщенія кортикальныхъ лампочекъ городскимъ токомъ, при посредствѣ трансформатора, предназначенъ для помѣщенія необходимаго числа сухихъ элементовъ (7—8).

Изъ этого краткаго описанія слѣдуетъ, что наша свѣтящаяся модель мозга, помимо того, что облегчаетъ для начинающаго пониманіе строенія полушарій большого мозга, соотношенія его частей и корковыхъ центровъ, лучистое расположеніе проэкціонныхъ волоконъ, онъ въ то же время позволяетъ, при демонстраціяхъ функций отдѣльныхъ кортикальныхъ центровъ, давать о нихъ болѣе реальное представленіе посредствомъ зажигания соотвѣтственной лампочки.

---



### Кэтгутъ въ хирургіи <sup>1)</sup>).

На съѣздахъ иностранныхъ хирурговъ, на засѣданіяхъ разныхъ обществъ и въ печати нерѣдко раздавались голоса въ пользу кэтгута, предлагались разные способы, химическіе и физическіе, обезпложиванія кэтгута; нѣтъ, кажется, ни одного хирурга ни у насъ, ни за границей, который не испробовалъ бы того или иного способа на практикѣ, и все же шелкъ оставался главнымъ связочнымъ матеріаломъ и не уступалъ своего мѣста кэтгуту. Между тѣмъ слишкомъ очевидны были недостатки шелка въ хирургической техникѣ, и поэтому снова начиналась погоня за какимъ-нибудь болѣе удобнымъ матеріаломъ, устраняющимъ главный недостатокъ шелка — неразсасываемость его. Такимъ образомъ втеченіе многихъ лѣтъ образовался безконечный рядъ способовъ стерилизаціи кэтгута, и многіе изъ нихъ безусловно превосходятъ въ смыслѣ обезпложиванія, такъ напр.: Sublimat-Alkohol-Katgut *Bergmann'a*, можжевеловый кэтгутъ *Kocher'a*, формалиновый — *Hofmeister'a*, кумоловый — *Kronig'a*, Karbol-Alkohol-Katgut *Saul'a*, Sublimat-Alkohol-Katgut *Schäffer'a* и мн. др.; все же почти каждый изъ нихъ имѣетъ какой-нибудь недостатокъ: или онъ слишкомъ сложенъ и поэтому мало пригоденъ въ практикѣ, или же слишкомъ дорого стоитъ, напр., кумоловый способъ; чаще же всего кэтгутъ послѣ стерилизаціи становится менѣе прочнымъ и легко рвется. Въ очень обстоятельной работѣ, напечатанной въ *Deutsch. Zeitschr. f. Chirurg.* 53, *Minervini* тщательно провѣрилъ путемъ лабораторныхъ изслѣдованій всѣ способы стерилизаціи кэтгута и въ концѣ концовъ пришелъ къ слѣдующему заключенію: очень трудно добиться идеальной стерильности кэтгута и въ то-же время сохранить его эластичность и крѣпость, не прибѣгая къ антисептическимъ способамъ стерилизаціи, между тѣмъ какъ антисептическій кэтгутъ, къ сожалѣнію, гораздо хуже рассасывается, чѣмъ асептичный.

Я не буду излагать всѣхъ способовъ стерилизаціи кэтгута: это заняло бы слишкомъ много времени; если же кому угодно будетъ съ ними ближе познакомиться, я могу указать на подробную статью

<sup>1)</sup> Докладъ читанный, на 6 съѣздѣ россійскихъ хирурговъ.

д-ра *Θедорова* изъ Басманной больницы, напечатанную въ 1902 г. въ „Русскомъ Врачѣ“, №№ 28, 30 и 31.

Существованіе такой массы способовъ стерилизаціи кэтгута и постоянные поиски за новыми способами, несмотря на хорошіе результаты, полученные послѣ кумоловой стерилизаціи, ясно указываютъ съ одной стороны на то, что все же не существуетъ вполнѣ хорошаго, такъ сказать, идеальнаго способа стерилизаціи, а съ другой стороны и на то, что отказаться отъ примѣненія кэтгута въ хирургіи или замѣнить его какимъ-нибудь другимъ матеріаломъ, невозможно. И дѣйствительно, кто въ настоящее время сомнѣвается, что кэтгутовые швы и лигатуры во многихъ случаяхъ бываютъ самыми желательными и удобными, благодаря присущему ему свойству полного и быстрого разсасыванія? Тотъ, кто умѣетъ стерилизовать кэтгутъ, будетъ несомнѣнно широко примѣнять его въ глубокихъ и поверхностныхъ ранахъ, во всякихъ лигатурахъ и на всѣхъ тканяхъ, развѣ только главное его достоинство, усвоеніе организмомъ, не служитъ противопоказаніемъ.

Въ такомъ положеніи находился вопросъ о примѣненіи кэтгута въ хирургіи, когда *M. Claudius* обнародовалъ въ *Deut. Zeitschr. f. Chirurg.* за 1902 г. свой новый способъ обезпложиванія кэтгута, открытый имъ въ лабораторіи Копенгаг. Королев. госпит. и проверенный имъ на хирургическомъ матеріалѣ того же госпиталя, положимъ, на очень незначительной части его, всего только на 25 случаяхъ. Способъ этотъ былъ всесторонне обслѣдованъ и проверенъ д-ромъ *Martina* въ клиникѣ проф. *Payr* въ Грацѣ <sup>1)</sup>. Судя по изслѣдованіямъ послѣдняго казалось бы, вопросъ о стерилизаціи кэтгута можно считать разрѣшеннымъ: при идеальной стерильности кэтгутъ *Claudius'a* не только не теряетъ своей крѣпости, но, по изслѣдованіямъ *Martina*, онъ выдерживаетъ на 1,5 болѣеіи грузъ, чѣмъ сырой необработанный кэтгутъ.

Прежде чѣмъ перейти къ изложенію результатовъ, полученныхъ въ нашей клиникѣ при примѣненіи кэтгута *Claudius'a*, я вкратцѣ напомнимъ способъ приготовленія его и сообщу тѣ незначительныя отступленія, которыя дѣлаются въ хир. клиникѣ Екатериинской больницы. *Claudius* наматываетъ простой сырой кэтгутъ на стеклянныя катушки, обыкновенно 2 мотка на одну катушку, и опускаетъ ихъ въ водный растворъ іода и іодистаго калия. Растворъ готовятъ слѣд. обр.: сначала растворяется въ небольшомъ количествѣ воды іодистый калий, въ этомъ же растворѣ растворяется хорошо измельченный іодъ и затѣмъ уже прибавляется столько воды, сколько требуется для получения 1% раствора іода. Черезъ 8 дней кэтгутъ готовъ и годенъ къ употребленію. Сохраняется онъ въ томъ же растворѣ и въ той же посудѣ, въ какой готовился. Передъ операціей вынимается одна или

<sup>1)</sup> Deutsch. Zeitsch. f. Chirurg. 70.

нѣсколько катушекъ изъ раствора и опускаются въ 3% водный растворъ карболовой кислоты или въ какую-нибудь индифферентную стерильную жидкость, въ которой смывается весь излишній іодъ; изъ этой жидкости вынимается пинцетомъ необходимой длины кѣтгутъ и отрѣзается. Оставшійся послѣ операціи кѣтгутъ кладется обратно въ іодный растворъ и сохраняется въ немъ до слѣдующей операціи.

У насъ въ клиникѣ готовится растворъ іода въ количествѣ 200,0 (2 gr. іода), и это количество достаточно для стерилизаціи 40 мотковъ кѣтгута. Для того, чтобы кѣтгутъ лучше омывался со всѣхъ сторонъ іодомъ, онъ у насъ не наматывается на катушки, а кладется въ растворъ въ моткахъ. Изъ раствора кѣтгутъ передъ примѣненіемъ кладется не въ стерильную жидкость, какъ предлагаетъ *Claudius*, а на сухую стерилизованную тарелку, такъ какъ было замѣчено, что уже черезъ 1 часъ кѣтгутъ въ жидкости почти обезцвѣчивается, сильно набухаетъ, въ рукахъ скользитъ и становится неудобнымъ для употребленія, главный же недостатокъ такого кѣтгута заключается въ томъ, что онъ становится слабѣе и часто рвется при затягиваніи узла. Іодъ-кѣтгутъ, положенный на сухую тарелку, въ теченіе 2 часовъ и болѣе не измѣняется въ цвѣтъ и, благодаря іоду, асептичность его остается не нарушенной. Это было провѣрено опытомъ: кусочки кѣтгута черезъ 3 и даже 4 часа послѣ пребыванія на воздухѣ были помѣщены въ бульонъ и поставлены въ термостатъ на двое сутокъ, по прошествіи которыхъ культуры не были получены. Оставшійся послѣ операціи кѣтгутъ снова помѣщается въ тотъ же растворъ іода. Въ какой-нибудь предварительной подготовкѣ кѣтгута, въ родѣ обезжириванія, при этомъ способѣ надобности нѣтъ; даже такая предосторожность, какъ брать кѣтгутъ передъ опусканіемъ въ растворъ *Claudius'a* асептичными руками, является при этомъ способѣ излишней. Такимъ образомъ приготовленіе кѣтгута по *Claudius'у* до того просто, что оно можетъ быть идеально исполнено въ любой обстановкѣ и въ самой бѣдной больницѣ. Въ этомъ отношеніи среди всѣхъ способовъ стерилизаціи кѣтгута способъ *Claudius'a* конкурентовъ не имѣетъ.

Простота приготовленія, хорошие отзывы другихъ авторовъ, были такъ соблазнительны, что проф. *Мартыновъ*, въ бытность свою заведующимъ Харьковской пропедевтич. клиникой, сначала провѣрилъ положенія *Claudius'a* и *Martina* экспериментально, а затѣмъ началъ осторожно примѣнять іодъ-кѣтгутъ на хирургическомъ матеріалѣ сначала въ Харьковѣ, а затѣмъ, по возвращеніи въ Москву, и въ клиникѣ Екатерининской больницы. Къ изложенію результатовъ примѣненія кѣтгута въ послѣдней я теперь и перейду.

У насъ въ клиникѣ кѣтгутъ примѣнялся, какъ и въ другихъ учрежденіяхъ, уже очень давно, но каждый разъ по тѣмъ или инымъ причинамъ отъ него отказывались, и показанія къ его употребленію все больше и больше ограничивались. Въ маѣ 1905 года начали у насъ

примѣнять іодъ-кѣтгутъ, приготовленный по *Claudius'u*, и съ тѣхъ поръ показанія къ его употребленію въ клиникѣ все болѣе и болѣе расширяются. Сначала проф. *Мартыновъ* примѣнять его только для кожныхъ швовъ, но, когда онъ увидѣлъ, что *prima* при этихъ швахъ почти обязательна, что присутствіе іода ни раздраженія ни какого-либо другого вреднаго вліянія на кожу не оказываетъ, онъ все чаще и смѣлѣе сталъ примѣнять іодъ-кѣтгутъ, и въ настоящее время у насъ накладываются швы и лигатуры изъ кѣтгута въ брюшной полости, при операціяхъ на суставахъ, при радикальной операціи грыжи по *Bassini*, для успѣшности которой такъ желательна и важна *prima intentio*. При этой операціи у насъ обыкновенно накладывается лигатура или шовъ на культю грыжевого мѣшка изъ кѣтгута, также всѣ кровоточащіе сосуды перевязываются кѣтгутомъ, кожные швы также кѣтгутовые; глубокій слой швовъ между мышцами и пупартовой связкой всегда изъ шелка, апоневрозъ наружной косой мышцы сшивается также большею частью шелкомъ, если же края его свободно и хорошо соприкасаются, то и здѣсь накладывается кѣтгутовый шовъ. Такимъ образомъ у насъ радикальная операція грыжи производилась за этотъ періодъ времени 56 разъ. Изъ нихъ въ 7 случаяхъ не было перваго натяженія: 2 раза вслѣдствіе образовавшейся гематомы, оба раза было наложено лишь очень немного лигатуръ на сосуды, большинство же кровоточащихъ сосудовъ было перекручено и, вѣроятно, это и послужило причиной образованія гематомъ; въ 2 случаяхъ произошло нагноеніе въ шелковыхъ швахъ на апоневрозѣ, тѣмъ не менѣе кожные швы — кѣтгутовые — не нагноились; въ 1 случаѣ одинъ узелъ кожного шва развязался и поэтому края раны разошлись; наконецъ, только 2 раза нагноились по одному каждому шву изъ кѣтгута. Во всѣхъ этихъ случаяхъ заживленіе ранъ нѣсколько затянулось, отъ 16 до 22 дней, и только 1 разъ — до 28 дней, когда отходили нагноившіеся шелковые швы на апоневрозѣ. Для сравненія приведу результаты этой же операціи, полученные въ нашей клиникѣ 8 лѣтъ тому назадъ, когда и лигатуры, и швы накладывались исключительно шелковые: изъ 115 случаевъ нагноеніе въ глубокихъ швахъ было 7 разъ, въ поверхностныхъ — 5 разъ, отходили лигатуры и швы 7 разъ въ теченіе 2-хъ и даже 3-хъ мѣсяцевъ <sup>1)</sup>).

145 разъ у насъ накладывались кѣтгутовые швы на кожу, изъ нихъ въ 11 случаяхъ произошло нагноеніе и въ 4 случаяхъ разошлись края раны; послѣднее произошло не потому, что слишкомъ рано разошелся кѣтгутъ, а вслѣдствіе скопленія подъ кожей кровяныхъ сгустковъ, которые и вызвали въ мѣстахъ наибольшаго натяженія расхождение краевъ раны. Слѣдуетъ замѣтить, что тамъ, гдѣ края не свободно сходятся, и приходится ихъ насильственно сближать, не слѣдуетъ накладывать кѣтгутовыхъ швовъ, такъ какъ внутрикожная по-

<sup>1)</sup> *Ивсенъ*. 115 случаевъ радик. опер. *Bassini*. „Хирургія“. 1898 г.

ловина шва очень скоро теряет весь запасъ іода, бѣлѣетъ, сильно набухаетъ, вытягивается, а иногда и рвется. Наружная половина шва и черезъ 14 дней остается еще ясно окрашенной іодомъ и никогда не рвется. Изъ всѣхъ случаевъ нагноенія въ кожныхъ швахъ только 5 разъ наблюдалось нагноеніе въ чистыхъ негноійныхъ случаяхъ, въ остальныхъ же 6-ти — нагноеніе въ швахъ было вызвано гнойнымъ отдѣляемымъ изъ глубины: 2 раза при высокомъ сѣченіи пузыря швы омывались просочившейся гнойной мочей, 1 разъ при операціи elephantiasis scroti швы и лигатуры смачивались нѣсколько разъ мочей, 1 разъ при гнойномъ аппендицитѣ гной, высасываемый турундой, вызвать нагноеніе въ кожныхъ швахъ и, наконецъ, 2 раза при операціи по поводу нагноившихся туберкулезныхъ лимфатическихъ железъ. Почти во всѣхъ случаяхъ, гдѣ были наложены кѣтгутовые швы на кожу, рана послѣ операціи не закрывалась обычной асептической повязкой, а только лишь заклеивалась полоской марли, смоченной коллодіемъ съ перувианскимъ бальзамомъ. Такая повязка обыкновенно оставалась до 12 — 14 дней и тогда снималась вмѣстѣ съ приставшими къ ней остатками кѣтгутовыхъ швовъ, такъ какъ подкожная часть ихъ къ этому времени уже разсасывалась. Нѣсколько разъ приходилось накладывать послѣ операціи на суставахъ и костяхъ гипсовые повязки, и въ такихъ случаяхъ кѣтгутовый кожный шовъ оказывался очень удобнымъ, такъ какъ не нужно было изъ-за снятія швовъ мѣнять гипсовую повязку. 5 разъ была произведена операція удаленія варикозныхъ венъ на нижнихъ конечностяхъ, каждый разъ приходилось накладывать очень много кожныхъ швовъ изъ кѣтгута, и еще больше лигатуръ на перерѣзанные сосуды, въ одномъ изъ этихъ случаевъ варикозныя вены были удалены на протяженіи 45 см., и каждый разъ получалась полная prima intentio. При операціяхъ въ брюшной полости кѣтгутъ примѣнялся у насъ 58 разъ, изъ нихъ въ 24 случаяхъ по поводу удаленія червеобразнаго отростка. Въ 5 случаяхъ изъ этого числа были наложены кѣтгутовые швы на всѣ слои брюшныхъ стѣнокъ: на брюшину, на мышцы и на кожу; раскаиваться намъ въ этомъ не пришлось. Обыкновенно проф. *Мартыновъ* при чревосѣченіяхъ накладывалъ кѣтгутовые швы только на брюшину и на кожу, на апоневрозъ же и на мышцы обыкновенно — шелковый шовъ; если же рана въ брюшной стѣнкѣ очень небольшая, какъ напр. при операціи на appendix'ѣ, всего только 4-5 см. длиною, и края ея, не только на уровнѣ кожи, но и на уровнѣ перерѣзанныхъ мышцъ, не зіяють, а совершенно свободно соприкасаются другъ съ другомъ, то и мышцы сшивались кѣтгутомъ, а не шелкомъ. Это и было въ тѣхъ 5 случаяхъ, о которыхъ я упомянулъ выше.

При операціяхъ на пищеварительномъ трактѣ кѣтгутовые швы накладывались исключительно только на серозные покровы. Въ болѣе же глубокихъ слояхъ изъ опасенія, что кѣтгутъ слишкомъ рано разсосется, употреблялись шелковые швы. 1 разъ при операціи на желч-

ныхъ путяхъ случилось такъ, что послѣ операціи желчь въ течение долгаго времени омывала кѣтгутовые швы, наложенные на кожу, и тѣмъ не менѣе prima не нарушалась. Громадныя услуги оказали намъ кѣтгутъ при наложеніи лигатуръ на сосуды: здѣсь онъ почти незамѣнимъ; развѣ только при перевязкѣ очень крупныхъ сосудовъ, изъ осторожности все же лучше примѣнить шелкъ. Такія операціи, какъ strumectomy или удаленіе варикозныхъ венъ на большомъ протяженіи, требуютъ громаднаго количества лигатуръ и швовъ, и ни разу не пришлось намъ видѣть послѣдовательное образованіе свищей, изъ которыхъ выдѣлялись бы мѣсяцами лигатуры, между тѣмъ, какъ раньше при шелковыхъ лигатурахъ это случалось сравнительно нерѣдко. При операціяхъ на геморроидальныхъ шишкахъ также всегда накладывались кѣтгутовые лигатуры, и тамъ, гдѣ приходилось сшивать слизистую recti съ кожей, опять таки примѣнялся кѣтгутъ. Такихъ операцій у насъ было 6 и всѣ протекли безъ осложненія.

За весь упомянутый промежутокъ времени кѣтгутъ примѣнялся у насъ въ видѣ швовъ или лигатуръ всего 158 разъ, изъ всего этого числа въ 24 случаяхъ раны протекали вторичнымъ натяженіемъ; по причинамъ, вызвавшимъ осложненіе, случаи эти распредѣляются такъ: 4 раза расходились края раны, изъ-за слишкомъ большого напряженія кожи, подкожная часть шва не выдерживала продолжительнаго натяженія и рвалась прежде, чѣмъ кожные края успѣли спаяться; 6 разъ пришлось снять 1 или 2 шва для стока накопившейся подъ кожей крови; 4 раза было нагноеніе въ глубокихъ шелковыхъ швахъ и поэтому приходилось открывать и кожную рану; 7 разъ производилась операція въ инфицированной области и только лишь въ 3 случаяхъ нагноились швы въ кожѣ, передъ этимъ совершенно чистой и не инфицированной. Во всѣхъ то случаяхъ съ нагноеніемъ, въ которыхъ были примѣнены только кѣтгутъ, нагноеніе продолжалось очень недолго и заживленіе ранъ затягивалось лишь на нѣсколько дней.

Приближаясь къ концу своего доклада, считаю необходимымъ упомянуть здѣсь и о неудобствахъ, правда очень незначительныхъ, при употребленіи іодъ-кѣтгута. Нѣкоторые жалуются на непріятный запахъ отъ іодныхъ паровъ, вызывающій будто головную боль; особенно этотъ запахъ замѣтенъ при свѣже-приготовленномъ растворѣ. Отъ іодныхъ же паровъ сильно портится никель инструментовъ, поэтому никогда не слѣдуетъ сохранять іодъ-кѣтгутъ въ инструментальномъ шкафу. Очень непріятно и то, что іодъ образуетъ пятна на бѣльѣ, но они легко выводятся, если сейчасъ же послѣ загрязненія смочить бѣлье теплымъ растворомъ сулемы.

Нѣкоторыя неудобства представляетъ и 8-ми-дневная продолжительность приготовленія. Наконецъ іодъ-кѣтгутовые нити очень скользятъ въ запачканныхъ кровью рукахъ, иногда даже невозможно за-

тянуть лигатуры, но стоит только смыть кровь съ рукъ, и это неудобство устраняется.

Изъ всего сказаннаго, мнѣ кажется, можно вывести слѣдующія положенія:

1. Іодъ-кэтгутъ, обезпложенный по способу *Claudius'a*, безусловно стерилень.

2. При этомъ онъ не только сохраняетъ свою крѣпость, но послѣдняя отъ іода еще увеличивается.

3. Онъ обладаетъ большою антисептической силой, и благодаря этому не инфицируется даже, если операція затянется на 2 и больше часовъ.

4. Способъ этотъ очень простъ и можетъ быть примѣненъ при всякой обстановкѣ.

5. Такъ какъ іодъ и іодистый калий принадлежатъ къ очень дешевымъ продуктамъ, то стерилизація кэтгута по этому способу обходится очень дешево.

6. Передъ примѣненіемъ іодъ-кэтгутъ не слѣдуетъ перемѣнять изъ раствора въ стерильную жидкость, а класть на сухую стерилизованную тарелку.

7. Кэтгутъ въ кожныхъ швахъ во многихъ случаяхъ удобнѣ шелка, особенно тамъ, гдѣ не желательно смѣнять повязки ради снятія швовъ.

8. Какъ матеріалъ для лигатуръ кэтгутъ не замѣнимъ.

9. Разсасываніе іодъ-кэтгута начинается очень рано, а полное его уничтоженіе наблюдается черезъ 8—14 сутокъ, смотря по толщинѣ его.

10. Неудобства, вызываемыя іодъ-кэтгутомъ ничтожны.

Въ заключеніе скажу, что съ тѣхъ поръ, какъ этотъ докладъ былъ составленъ, прошло еще 10 мѣсяцевъ. Въ теченіе всего этого времени у насъ въ клиникѣ іодъ-кэтгутъ по прежнему широко примѣнялся, и какихъ-либо измѣненій въ 10 упомянутыхъ положеніяхъ я сдѣлать не могу.

---

## Ankylosis mandibulae.

Больной Д. К., 20 лѣтъ, рабочій, поступилъ въ клинику 5 ноября 1906 года, выписанъ 23 декабря того же года.

Изъ разспроса больного выяснилось, что въ дѣтствѣ онъ перенесъ корь, а въ семилѣтнемъ возрастѣ оспу, послѣ которой началъ замѣчать, что у него стали болѣть челюсти, стало сводить ротъ, который сталъ плохо открываться и закрываться. Съ теченіемъ времени сведеніе челюстей постепенно увеличивалось, а черезъ 10 лѣтъ больной съ трудомъ вводилъ въ ротъ ложку. Въ послѣдній годъ ротъ не раскрывается совершенно. Принимаетъ только жидкую пищу. Хлѣбъ, мясо больной растираетъ и измельченную пищу втираетъ рукой между зубами, при чемъ для удобства принятия пищи одинъ изъ нижнихъ рѣзцовъ больной самъ выбилъ.

Перелоя и lues'a не было, и указаній на нихъ не имѣется.

*St. praesens.* Общее состояніе удовлетворительно. Внутренніе органы въ порядкѣ. При осмотрѣ лица замѣчается недоразвитіе нижней челюсти: кости и жевательныя мышцы обѣихъ челюстей атрофированы. Лицо больного имѣетъ рѣзко обозначенное „птичье“ выраженіе. При ощупываніи обѣихъ челюстныхъ суставовъ находимъ плотныя припухлости. Осмотръ рта: губы приподняты, верхніе и нижніе рѣзцы стиснуты, при чемъ верхніе выстоятъ надъ нижними. Въ отверстіе выломаннаго зуба виденъ прилежащій языкъ. Подвижности нѣтъ никакой. Пассивно раскрыть ротъ не удастся. Боли нѣтъ. Питается больной, какъ сказано выше. Говоритъ очень невнятно. Кромѣ этого у больного со времени оспы незначительный лѣвосторонній genu valgum и анкилозъ лѣваго локтевого сустава. 23 Ноября 1906 г. профес. А. В. Мартыновъ произвелъ операцію подъ хлороформнымъ наркозомъ. Линейный разрѣзъ кожи былъ проведенъ параллельно скуловой дугѣ слѣва, длиной въ 5 сант., и перпендикулярно къ нему внизъ въ 4 сант. Суставная щель оказалась существующею на очень незначительн. протяженіи. Большая часть сустава зарощена, выполненная плотной рубцовой тканью. Были перебиты долотомъ processus condyloid. и coronoidens. Кровотеченія почти не было. Несмотря на полное перебитіе костей, ротъ у больного не раскрылся, въ виду чего былъ сдѣланъ такой же разрѣзъ справа, гдѣ оказалось совершенное отсутствіе сустава и нижняя челюсть непосредственно переходила въ скуловую дугу. Нижняя челюсть вблизи дуги были отчасти перепилена, отчасти перебита, послѣ чего ротъ раскрылся на 4 сант.

Между концами перепиленной кости справа была заложена часть musc. masseteris. Съ обѣихъ сторонъ были введены полоски марли. Операція продолжалась 2 часа, перенесена хорошо. Справа оказался послѣ операціи незначительный нарезъ п. facialis.

Послѣоперационное теченіе. Въ первые дни послѣ операціи t° была умѣренно повышена, высшій подъемъ ся 37,7. Въ обѣихъ ранахъ получилось нагноеніе, въ виду чего дѣлались ежедневныя перевязки до прекращенія нагноенія. Выдѣленіе гноя продолжалось до 16-го декабря. 23 декабря 1906 г. больной выписался съ оставшимися небольшими гранулирующими поверхностями на той и другой сторонѣ. Открытіе рта совершенно свободно на 4 сант., закрыть же ротъ до соприкосновенія зубныхъ краевъ не можетъ, остается щель въ 0,5 сант. Нарезъ п. facialis ко дну выхода больного изъ клиники исчезъ.



14 января 1907 г. Ротъ больной открываетъ свободно на 2 сант. Закрѣсть же ротъ плотно не можетъ — остается между зубами щель около  $\frac{1}{4}$  сант. Ъсть все, свободно пережевывается хлѣбныя корки. На правой сторонѣ существуетъ свищевой ходъ, изъ котораго выдѣляется нѣсколько капель гноевидной жидкости. Въ свищевой ходъ вводится стерильная марля.

18 февраля 1907 г. Свищевой ходъ все еще остается. Ротъ закрываетъ вполне. Раскрываетъ свободно на 2 сант. Ъсть и пережевывается всякую пищу.

Съ февраля больной мѣ болѣе не показывался, и дальнѣйшая его судьба мѣ неизвѣстна.

Въ этиологическомъ отношеніи нашъ случай представляется довольно рѣдкимъ. Двусторонній анкилозъ нижней челюсти, а также анкилозъ локтя и коѣна у больного развились послѣ оспы, а такое происхожденіе по статистикѣ, собранной профес. Орловымъ <sup>1)</sup>, наблюдалось только 2 раза на 99 случаевъ анкилозовъ.

Что касается техники производства операціи, то въ нашемъ случаѣ она не представила особыхъ затрудненій, какія можно было бы ожидать въ виду отсутствія сустава, а слѣдовательно и спаянія обоихъ отростковъ съ скуловой дугой, представляющихъ изъ себя плотную, однородную массу, твердую какъ слоновая кость. Перепилить и частію перебить ее удалось довольно легко. Нѣсколько неприятными осложненіями во время и послѣ операціи оказались: 1) парезъ лицевого нерва, происшедшій, по всеѣму вѣроятію, отъ прижатія его во время операціи подъемникомъ, заведеннымъ за челюсть; 2) нагноеніе въ обѣихъ операціонныхъ ранахъ, благодаря которому одна изъ ранъ — правая — не закрылась еще черезъ 2 мѣсяца послѣ операціи.

---

<sup>1)</sup> См. „Вѣстникъ Хирургіи“.

### **Лѣченіе несросшихся и неправильно сросшихся переломовъ нижнихъ конечностей\*).**

Лѣченіе переломовъ, какъ и всякая другая область хирургіи, въ своемъ развитіи претерѣла различныя измѣненія. Въ то время какъ хирурги прежняго времени при лѣченіи переломовъ довольствовались всякаго рода внѣшними мѣропріятіями въ видѣ неподвижныхъ повязокъ изъ всевозможныхъ матеріаловъ, хирурги послѣдняго времени стали значительно смѣлѣе: они стремились въ каждомъ случаѣ тяжелаго смѣщенія избѣгнуть неправильнаго срастанія отломковъ и примѣняли то мѣропріятіе, которое по роду поврежденія казалось имъ наиболѣе раціональнымъ. Такъ при открытыхъ переломахъ они расширяли существующую уже рану, чтобы *ad visum* привести отломки костей въ надлежащее положеніе и затѣмъ уже клали неподвижную повязку. Но не во всѣхъ случаяхъ подобное мѣропріятіе имѣло успѣхъ, ибо существуютъ такого рода переломы, которые имѣютъ неудержимую склонность смѣщаться, несмотря на хорошо положенную повязку. Чтобы избѣгнуть подобныхъ непріятныхъ осложненій въ теченіи переломовъ, стали фиксировать концы отломковъ костей помощью шва. Надо сказать, что сшиваніе костей не есть достояніе послѣдняго времени. Еще *Гиппократъ* совѣтовать при легко смѣщаемыхъ переломахъ нижней челюсти фиксировать мѣсто перелома золотою проволокою къ близлежащему зубу; подобнаго рода попытки сшиванія костей дѣлались *Цельсомъ* и врачами временъ арабской медицины. Затѣмъ вопросъ о примѣненіи шва на кости заглохъ на долгое время. Въ наше время были предложены различныя методы непосредственнаго соединенія костей, при чемъ особенное вниманіе было обращено на то, чтобы избѣгнуть возможнаго соскальзыванія отломковъ. Съ этой цѣлью *Berger* предложилъ придавать отломкамъ костей форму буквы V или

---

\*) Доложено на 6-омъ съѣздѣ російскихъ хирурговъ.

У, другіе авторы совѣтовали давать форму лѣстницы съ тѣмъ расчетомъ, чтобы зубья одного отломка приходились въ свободные промежутки другого; третьи заостряли сверху отломокъ кости въ видѣ клина и вгоняли его въ костно-мозговую полость другого. Операціи этого рода были произведены *Bergmann*’омъ въ Германіи; *Roux*; *Sedillot* во Франціи. Къ способамъ удержатъ концы костей въ надлежащемъ положеніи надо отнести металлическій штифтъ *Malgaignes’a*, *Metalschrauben Langenbeck’a* и его видоизмѣненіе, предложенное *Hausmann*’омъ и *Klammer*’ы тѣхъ хирурговъ, которые впервые примѣнили ихъ при переломахъ *patell’ae*. Однако всѣ эти аппараты не вошли во всеобщее употребленіе по той простой причинѣ, что примѣненіе ихъ сопровождалось большими техническими затрудненіями и всегда требовало вторичной операціи съ цѣлью удаленія ихъ. Какъ на дальнѣйшій успѣхъ въ этой области надо указать на предложеніе *Diffenbach’a* лѣчить *pseudoartros*’ы введеніемъ пластинокъ изъ слоновой кости, которые авторъ примѣнялъ сперва не какъ средство соединенія, а какъ инородное тѣло, которое своимъ присутствіемъ должно было способствовать болѣе плотному образованію мозоли.

Впервые операція вложенія *Elphenbeinstift*’овъ при *pseudoartros*’ѣ *ulnae* произвелъ *Heine* съ большимъ успѣхомъ, что было причиной того, что эта операція пользовалась большимъ вниманіемъ у хирурговъ 70—90 годовъ. Я укажу на *Bircher’a* который примѣнилъ пластинки изъ слоновой кости для лѣченія открытыхъ переломовъ и сообщилъ на хирургическомъ конгрессѣ въ *Berlin*’ѣ въ 1886 году о достигнутыхъ имъ благопріятныхъ результатахъ, то же самое можно сказать о случаяхъ, опубликованныхъ *Schüler*’омъ, *Munk*’омъ, *Gaudard*’омъ и др. Особеннымъ успѣхомъ этотъ способъ пользовался въ клиникѣ проф. *Socin*, на что указываетъ большое количество опубликованныхъ имъ случаевъ. Однако съ теченіемъ времени и этотъ способъ потерялъ свой жгучій интересъ, такъ какъ онъ обладалъ такими же отрицательными качествами, какъ и другіе вышеуказанные удерживающіе аппараты т.-е. требовалъ вторичной операціи съ цѣлью удаленія пластинокъ изъ слоновой кости. Поэтому съ большимъ интересомъ хирурги того времени откликнулись на предложеніе *Lister’a* и *Langenbeck’a* употреблять при переломахъ костей проволоочный шовъ. *Lister* въ 1877 году первый примѣнилъ проволоочный шовъ при переломѣ *pattellae* съ хорошимъ результатомъ и тѣмъ открылъ новый путь въ лѣченіи переломовъ. Большинство хирурговъ пользовалось костнымъ проволоочнымъ швомъ лишь при лѣченіи застарѣлыхъ и свѣжихъ осложненныхъ переломовъ, между тѣмъ какъ примѣненіе шва при лѣченіи свѣжихъ неосложненныхъ переломовъ принадлежало къ большимъ рѣдкостямъ, какъ это видно изъ слѣдующаго обстоятельства. Когда въ 1892 году на конгрессѣ нѣмецкихъ хирурговъ *Pfeil-Schneider* показалъ нѣсколько свѣжихъ случаевъ переломовъ луча, *tibiae* и пр., лѣченныхъ шиваніемъ, то нѣкоторые хирурги, напр.

*Bergmann, Wagner* и друг., рѣшительно осуждали эту мѣру, между тѣмъ какъ другіе хирурги, *Trendelenburg, König*, всецѣло присоединились къ мнѣнію докладчика. Вообще вопросу о сшиваніи костей было уделено нѣмало вниманія, и хирурги раздѣлились на два лагеря, сторонниковъ и противниковъ сшиванія костей, что можно было заключить по преніямъ по поводу доклада *Berger'a* на 9-омъ конгрессѣ французскихъ хирурговъ въ 1895 году; большинствомъ было высказано мнѣніе, что сшиваніе костей уместно тамъ, гдѣ страдаютъ сосѣднія части, напр. при переломахъ ключицы, когда отломокъ давить на *plexus* или большіе сосуды. Затѣмъ вопросъ о сшиваніи костей какъ-то заглохъ, и лишь обстоятельныя работы *Pomphil'da, Völker'a* и *Lane* снова возбудили къ нему интересъ. И если высказанный тогда взглядъ д-ромъ *Lane* принципиально оперировать въ всѣхъ случаяхъ перелома не встрѣтилъ всеобщаго сочувствія, то все же цѣлый рядъ выдающихся хирурговъ — *Kocher, König, Körte, Schede* — выставилъ себя сторонникомъ оперативнаго вмѣшательства.

Если можно было спорить съ *Bardenheuer'омъ*, сторонникомъ консерватив. лѣченія объ уместности оперативнаго вмѣшательства при свѣжихъ и неосложненныхъ переломахъ, то въ вопросѣ о лѣченіи несросшихся и неправильно сросшихся переломовъ относительно послѣдняго не можетъ быть никакого сомнѣнія. Здѣсь передъ врачомъ возникаетъ альтернатива: или оставить больного съ конечностью, негодною къ употребленію или рискнуть на оперативное вмѣшательство. Какъ бы отвѣтомъ на этотъ вопросъ можетъ служить обстоятельная статья д-ра *Ranzi*, посвященная интересующему насъ вопросу. Авторъ въ своемъ трудѣ даетъ очень утѣшительные результаты, полученные отъ оперативнаго лѣченія несросшихся и неправильно сросшихся переломовъ конечности. Сюда же мы можемъ присоединить свои 4 случая несросшихся переломовъ бедра и 1 неправильно сросшагося. Результаты въ 5 случаяхъ получились вполне удовлетворительные. Всѣ случаи были оперированы проф. А. В. Мартыновымъ въ хирургической клиникѣ Ново-Екатерининской больницы. Привожу исторіи болѣзни этихъ случаевъ.

I. Крестьянинъ Д. П., 26 лѣтъ, поступилъ въ больницу по поводу искривленія лѣваго бедра, затрудненной вслѣдствіе этого походки и боли при движеніи. Занятія, условія и образъ жизни обычные для рабочаго человѣка; наслѣдственность хорошая; никогда не хворалъ. 15 марта 1906 года больного, работавшаго въ каменоломнѣ, завалило снѣгомъ. Въ мѣстной больницѣ, куда былъ доставленъ больной тотчасъ же послѣ поврежденія, констатированъ переломъ лѣваго бедра и на ногу была положена гипсовая повязка, въ которой больной пролежалъ два мѣсяца; нога срослась криво, и больной пожелалъ подвергнуться операциі. Органы дыханія, пищеваренія, кровообращенія, мочеполовая и нервная системы уклоненія отъ нормы не представляютъ. При осмотрѣ больного видно, что лѣвое бедро, на границѣ нижней и средней трети, образуетъ тупой уголъ, открытый внутрь. Ненормальности въ подвижности кости не наблюдается. Длина лѣвой нижней конечности 81 ст. отъ *spin. ant. sup.* черезъ вершину угла искривленія до наружной лодыжки; длина правой 85 *stm.*; движенія въ тазобедренномъ суставѣ сохранены, въ коленномъ суставѣ движенія возможны до прямого угла, въ голеностопномъ суставѣ движенія ограничены. Рентгеновскій снимокъ

показываетъ, что кость на границѣ нижней и средней трети представляетъ уголь. Центральный конецъ кости зашелъ наружу отъ периферическаго, наклоненъ къ нему подъ угломъ и нѣсколько смѣщенъ по длинѣ. Свободные концы отломковъ окутаны костной мозолью. Августа 14-го подъ комбинированнымъ наркозомъ (0,01 мор. и 50,0 gr. СНСл въ продолженіе 1½ час.) разрѣзъ мягкихъ частей на вершинѣ искривленія до кости; долотомъ перебита толстая мозолистая спайка, соединяющая концы костей; часть спайки удалена. Путемъ приведенія удалось высвободить въ рану периферическій и центральный конецъ обломковъ, которые были освѣжены и обравнены и поставлены въ хорошее взаимное соприкосновеніе при вытягиваніи и отведеніи бедра; надкостницу возможно щадили. Отъ верхняго угла до мѣста соединенія обломковъ зашиты мышцы и кожа; до мѣста излома введены полоски стерилизованной марли; гипсовая повязка. 29-го перевязка; положеніе бедра хорошее; рана почти зажила. 24-го сент. больной уже ходилъ съ шиной Брунса. При выпискѣ соединеніе костей прочное. Укороченіе 1½ с.

II. Рядовой 100 Островск. лѣхотн. полка 40 л. поступ. октября 5, 1906 г. съ жалобой на укороченіе лѣваго бедра и ненормальную подвижность въ немъ. Диагнозъ: *Pseudoarthrosis femosis sinistri*. До призыва былъ канцелярскимъ курьеромъ. Наслѣдств. патологич. нѣтъ, въ прошломъ пользовался хорошимъ здоровьемъ. Раненъ подъ Мукденомъ на вылетъ въ правое и лѣвое бедро. На перевязочномъ пунктѣ наложена на лѣвое бедро крахмальная повязка, на правое—простая. Въ Харбинѣ, куда прибылъ больной съ позиціи и былъ помѣщенъ въ кауфман. госпиталь, было расширено входное отверстіе лѣваго бедра по поводу высокой t°, ибо существовавшая до сихъ поръ высокая t° спала, и больной былъ отправленъ въ Москву. Здѣсь въ одной больницѣ было сдѣлано сшиваніе бедра подъ наркозомъ 2-го декабря; отсюда былъ перевезенъ въ другую больницу, гдѣ констатировали неудачу операціи сшиванія; изъ Листвянск. госпиталя, гдѣ лежалъ послѣднее время, поступилъ въ клинику.

Вѣсъ больного 3 пуда 32 ф. Тѣлосложеніе среднее, питаніе удовлетворит., жировая клѣтчатка развита хорошо; органы дыханія, пищеваренія, кровообращенія, нервная и мочеполовая система видимыхъ уклоненій отъ N не представляютъ. При осмотрѣ больного снаружи лѣваго бедра посрединѣ его находится втянутый рубецъ, мало подвижный (слѣдъ операціи). На внутренней сторонѣ бедра пальца два отъ паховой складки—заросшій рубецъ (мѣсто выходнаго пулевого отверстія). Лѣвая нижняя конечность укорочена по сравненію съ правой на 12 сантимет. На срединѣ лѣваго бедра обнаружена ненормальная подвижность и можно констатировать, что центральный отломокъ лежитъ снаружи, а периферич.—внутри. Въ лѣвомъ тазобедренномъ суставѣ, равно какъ и въ голеностопномъ всѣ движенія, какъ активныя, такъ и пассивныя — возможны, въ коленномъ же—ограничены. Рентгеновскій снимокъ показываетъ то, что и наружное изслѣдованіе; кромѣ того въ области концовъ отломка видны два инородныхъ тѣла, кругловатой формы. 20-го октября подъ хлороформ. наркозомъ (60,0 СНСл), операція: проведенъ разрѣзъ мягкихъ частей снаружи по старому рубцу вплоть до кости. Легко удалось дойти до спайки и выдѣлить центральный конецъ, лежащій снаружи отъ периферическ., конецъ отломка былъ освѣженъ пилой; освобожденіе периферическаго конца было сопряжено съ большими техническими затрудненіями: ткани, окружавшія отломокъ, сильно кровоточили и плохо отдѣлялись отъ кости; отломокъ былъ смѣщенъ сильно внутрь отъ централн., заходилъ за него; кромѣ того изъ-за внутренней стороны бедра черезъ периферич. отломокъ вытекалъ сукровичный гной. Кровоточащіе сосуды были перевязаны кѣгутомъ, а крупныя вѣтви arter. profund.—были перевязаны шелкомъ и концы выведены въ рану. Для болѣе удобнаго достиженія периферич. отломка былъ проведенъ сверху внизъ небольшой разрѣзъ перпендикулярно къ первому. Выведенный въ рану периферическій отломокъ, оказавшійся остроконечнымъ, былъ освѣженъ пилой. Затѣмъ концы костей были приведены другъ къ другу, прилегали онѣ вполне хорошо; но для болѣе точной фиксаціи наложенъ былъ помощью американскаго сверла, костный шовъ изъ серебряной проволоки. Турундъ къ мѣсту, гдѣ былъ гной. Швы на мышцы и кожу, кромѣ того мѣста, гдѣ выходила турунда. Гипсовая повязка.

Въ первый день  $t=37,5$ , самочувствіе удовлетворит., 23-го турунда удалена; она пропитана зловоннымъ отдѣленіемъ изъ раны. Въ глубинѣ раны видны гангренозные куски подлежащей ткани, введена йодоформ. турунда. 25-го перевязка; видъ раны грязноватый, изнутри выделяется гной. Йодоформная турунда. 31-го рана очистилась и покрывалась хорошими грануляціями, кость тоже хорошо покрывалась грануляціями, соединеніе костей прочное. Укороченіе 8 стп.

III. И. поступилъ 25 сентября 1906 г. съ жалобой на боль въ лѣвомъ бедрѣ и на невозможность владѣть лѣвой ногой. *Diagnosis: pseudoarthros. femoris sinistr.* По роду занятій больной—извозчикъ, условія и образъ жизни обычные для рабочаго человѣка; со стороны наслѣдственности указанія на tub. и lues'a нѣтъ. На 20-мъ году былъ гнѣтрит, который повторялся въ послѣдующіе два года. На 35-мъ году мягкій шанкръ.

4 мая 1906 г. больнои, легковой извозчикъ, былъ сшибленъ фурой, пролетка его разбита, а самъ онъ попалъ подъ что-то тяжелое, не помнитъ, ибо потерялъ сознание. Очнувшись убѣдился, что у него сломано лѣвое бедро. Больнои былъ доставленъ въ одну изъ больницъ, гдѣ пролежалъ 2 мѣс. съ вытяженіемъ, и выписался съ несросшимся переломомъ. Вся нижняя лѣвая конечность по сравненію съ правой кажется похудѣвшей; движенія этой конечностью активныя невозможны, пассивныя ограничены и болѣзненны. Въ верхней трети лѣваго бедра можно констатировать несросшійся переломъ; лѣвая нижняя конечность укорочена на 9 сант.; никакого измѣненія на кожѣ не наблюдается.

11 окт. 1906 г. больному подъ СНСл была произведена операція. Съ наружной стороны на границѣ средней и верхней трети, на томъ мѣстѣ, гдѣ можно ощупать концы костей, разрѣзъ, проникающій до кости. Верхній отломокъ охватывался, на подобіе вилки, нижнимъ расщепленнымъ отломкомъ кости. Сращеніе легко было разрушить. Концы костей спилены и поставлены въ надлежащее положеніе; для фиксаціи положено 2 серебряныхъ шва. На кожу, мышцы и апоневр. швы; введена турунда. Гипсовая повязка.

Сращеніе кости получилось не совсѣмъ правильное, образовался небольшой изгибъ, открытый внутрь. Неудачу операціи отчасти можно было объяснить тѣмъ, что на 3—4-й день послѣ операціи у больного было pyelitis, состояніе больного было очень тяжелое и трудно было удержать конечность въ правильномъ положеніи.

IV. Рядовой В. поступилъ 3 іюля 1906 г. съ жалобой на укороченіе правой ноги и неправильность движеній. Условія жизни и служба обычныя для рядового; въ наслѣдственности и въ прошломъ ничего отмѣтить нельзя; органы дыханія, пищеваренія, кровообращенія и нервной системы нормальны. 21 февр. 1905 г. раненъ подъ Мукденомъ въ то время, какъ онъ стрѣлялъ, стоя на лѣвомъ колѣнѣ и опираясь на правое. Въ мартѣ пуля была извлечена въ Харбинѣ и положена гипсовая повязка. Лежалъ въ госпиталѣ г. Читы 7 мѣс., затѣмъ переѣхалъ въ Москву, въ Листвянскій госпиталь, откуда и поступилъ въ Екатерининскую больницу. При осмотрѣ находимъ: правая нога укорочена на 17 сант., укороченіе приходится на бедро, т. к. размѣры голени нормальны. Бедро правой ноги изогнуто по дугѣ; на границѣ нижней и средней трети на внутренней поверхности бедра входное пулевое отверстіе, въ видѣ рубца; на той же границѣ, лишь съ передней стороны, рубецъ отъ раны, черезъ которую, по словамъ больного, была извлечена пуля. Приблизительно на срединѣ бедра видны слѣды бывшаго перелома въ видѣ плотной опухоли, въ которой можно прощупать концы костей.

Рентгеновскій снимокъ показываетъ слѣдующее: правое бедро переломлено почти посрединѣ; верхній отломокъ зашелъ кнаружи отъ нижняго; между ними образовался уголъ приблизительно въ  $140^{\circ}$ .

Операція 12 іюля подъ СНСл. Разрѣзъ на наружно-передней поверхности приблизительно на 20 ст., разрѣзъ проникаетъ до кости; концы костей спилены, приведены въ надлежащее положеніе и для лучшей фиксаціи наложены 2 костныхъ шелковыхъ шва; въ рану введена турунда и наложена гипсовая повязка. 16—17-го іюля повышеніе  $t$ , рана осмотрена, нагноенія нѣтъ.

17-го августа рана закрылась; шина Брунса.

Сентября 5-го. Между концами костей образовалась консолидація; рана зарубцовалась; шина Брунса.

Сентября 22-го. Ходить съ костылями.

Октября 3-го. Выписался со сращеніемъ перелома; положеніе костей хорошее; правая нижняя конечность короче лѣвой на 13 ст. Движеніе въ тазобедренномъ суставѣ хорошее, въ коленномъ почти отсутствуетъ; на мѣстѣ операциі рубецъ. Ходить съ костылями.

У. Л., рядовой 53 пѣхотнаго Волынскаго полка, 26 лѣтъ поступилъ 11 апр. 1905 г. съ жалобой на пезаживающую пулевую рану на внутренней поверхности лѣваго бедра. Занятіе и образъ жизни обычные для рядового; со стороны наслѣдственности tub и lues'a нѣтъ; въ дѣтствѣ корь и скарлатина; 14 лѣтъ малярія. 19-го февраля послѣ полученія огнестрѣльной раны во внутреннюю часть лѣваго бедра, во время наступленія, былъ перенесенъ на перевязочный пунктъ, гдѣ ему положили крахмальную повязку; 23-го февраля въ Харбинскомъ госпиталѣ больному удалили обломокъ сломаннаго бедра и опять наложили крахмальную повязку, съ окномъ для перевязки раны.

Органы дыханія, пищеваренія, кровообращенія, нервная и мочеполовая система — нормальны.

При осмотрѣ лѣвая нижняя конечность отведена кнаружи и укорочена на 8 ст. На границѣ верхней и средней трети внутренней поверхности бедра рубецъ отъ бывшей операциі; на 1 вершокъ отступя внизъ отъ рубца видно зажившее входное отверстіе, а соотвѣтственно послѣднему на наружной сторонѣ бедра зажившее выходное отверстіе.

Активное движеніе больной конечности невозможно, пассивное болѣзненно и ограничено. На границѣ верхней и средней трети бедра прощупывается булавовидное утолщеніе нижняго отломка, при чемъ въ томъ же мѣстѣ прощупывается небольшая подвижность между обломками костей, имѣющихъ между собой, повидимому, соединительно-тканное сращеніе. Рентгеновскій снимокъ показываетъ, что отломки бедра лежатъ по отношенію другъ къ другу подъ тупымъ угломъ; булавовидное утолщеніе, ошупываемое на концѣ обломка, тоже, повидимому, соединительно-тканнаго характера, равно какъ и соединеніе костей между собой. Операциа 10-го мая подъ СНСІа, разрѣзъ въ 12 сант. по наружной сторонѣ бедра, проникающій до кости; отломки костей обнажены; уничтоженіе сращенія, какъ между костями, такъ и окружающими тканями. Бедро согнуто въ мѣстѣ перелома. Нижний конецъ отломка выведенъ изъ раны кнаружи и отпиленъ. Послѣ неудачной попытки вывести изъ раны верхній отломокъ, онъ былъ укороченъ долотомъ въ глубинѣ раны; концы отломковъ были поставлены по одной прямой линіи, при вытяженіи. Въ рану дренажъ. Наложена повязка. 15-го мая перевязка: выдѣленіе изъ раны серозно-гнойнаго характера.

19-го мая при перевязкѣ изъ раны вышло серозно-гнойное содержаніе; гипсовая повязка замѣнена шиной съ марлевымъ бинтомъ.

Іюня 17-го рана гранулируетъ.

Іюня 30-го рана зарубцевалась.

14-го іюля выписался изъ больницы; ходить на костыляхъ.

Укороченіе на 2½ сант.

Итакъ, резюмируя сказанное, мы видимъ, что у насъ въ 2 случаяхъ были неправильно сросшіеся, переломы бедра и въ 3 случаяхъ не-сросшіеся переломы. Въ двухъ случаяхъ отломки костей были обравнены и поставлены въ хорошее взаимное соприкосновеніе безъ всякаго шва. Результаты получились прекрасные; въ двухъ случаяхъ для фиксаціи были наложены швы изъ серебряной проволоки и въ одномъ случаѣ былъ примѣненъ шелковый шовъ. Само-собой разумѣется, что во всѣхъ случаяхъ была наложена гипсовая повязка. Въ одномъ только случаѣ сращеніе костей получилось не совсѣмъ правильно и то потому, что у больного была тяжелая форма pyelit'a, такъ что трудно было держать конечность въ правильномъ положеніи. Имѣя очень скромный опытъ, 5 случаевъ (въ русской литературѣ мы не

отыскали описанія подобныхъ наблюденій), мы рѣшаемся высказать слѣдующее соображеніе: при операціяхъ подобнаго рода прежде всего необходимо поставить обломки костей въ хорошее взаимное соприкосновеніе и наложить гипсовую повязку; въ случаяхъ, гдѣ отломки костей имѣютъ наклонность смѣститься, всего лучше примѣнить для фиксаціи шелковый шовъ, который имѣетъ то преимущество передъ серебрянымъ, что его удобно хорошо затянуть, (между тѣмъ, какъ серебряный шовъ очень часто ломается), и не приходится подвергать больного вторичной операціи для его удаленія.

---



### Наблюдения изъ области хирургіи желчныхъ путей.

Въ области хирургіи желчныхъ путей есть еще не мало невыясненныхъ вопросовъ. Не говоря уже объ этиологіи желчно-каменной болѣзни, о нѣкоторыхъ сторонахъ патологіи желчныхъ путей, — даже и въ области хирургіи въ тѣсномъ смыслѣ — много спорнаго. За последнее время операціи на желчныхъ путяхъ стали заграницею (особенно въ Германіи) очень часты; накопляется большой опытъ, и все же мы пока далеки отъ точныхъ и безспорныхъ показаній къ отдѣльнымъ оперативнымъ приемамъ.

Русскіе хирурги, сравнительно съ западными, имѣютъ очень небольшой личный опытъ въ хирургіи желчныхъ путей. Тѣмъ, можетъ быть, интереснѣе, что въ вопросѣ о показаніяхъ къ отдѣльнымъ оперативнымъ приемамъ они часто сильно расходятся съ хирургами Запада. Стоитъ прочесть то, что говорилось на 5-мъ съѣздѣ русскіхъ хирурговъ, и сравнить съ выводами, основанными на личномъ опытѣ нѣмецкихъ хирурговъ, какъ *Körte*, *Kocher*, *Kehr* и мн. друг., чтобы разногласіе рѣзко бросилось въ глаза.

Не входя здѣсь во всестороннюю оцѣнку отдѣльныхъ оперативныхъ приемовъ и показаній къ нимъ (надѣясь сдѣлать это въ готовящейся мною монографіи по хирургіи желчныхъ путей), я ограничусь сообщеніемъ своего, правда, очень небольшого матеріала и тѣми соображеніями, на которыя онъ наводитъ.

Мой опытъ ограничивается всего одиннадцатью больными, одна изъ которыхъ была оперирована дважды. Въ 10-ти случаяхъ была желчнокаменная болѣзнь, въ одномъ — хроническій периапѣкхолитъ и холангитъ. Изъ 10-ти случаевъ *cholelithiasis* въ 4-хъ были камни въ желчномъ пузырьѣ, 1 разъ въ желчномъ пузырьѣ и его протокѣ, 3 раза въ пузырьномъ протокѣ; въ желчномъ протокѣ камни были въ двухъ случаяхъ. Изъ операцій — въ большинствѣ случаевъ (6 разъ) произведено иссѣченіе ж. пузыря; два раза были наложены свищи пузыря (*cholecystostomia*), 1 разъ — разсѣченіе пузыря и пузырьнаго протока, два раза сѣченіе общаго желчнаго протока и одинъ разъ наложено соустье между ж. пузыремъ и 12-ти перстной кишкой.

Случаи желчно-каменной болѣзни были разнообразны по комбина-

ции клиническихъ симптомовъ, по тѣмъ осложненіямъ, которыя являлись втеченіе желчно-каменной болѣзни. Однако, въ виду небольшого количества наблюденій, кажется излишнимъ подраздѣленіе ихъ, при описаніи, на мелкія группы. Приведу сначала случаи камней пузыря и камней пузырного протока, затѣмъ камней общаго желчнаго протока. Случай хронич. периангіохолита, какъ стоящій совершенно особнякомъ, будетъ описанъ отдѣльно <sup>1)</sup>.

## А. Камни желчнаго пузыря и пузырного протока.

### I. Lithiasis ductus cystici (?) Empyema v. felleae, cholecystostomia.

А. В., ж. 41 г., пост. 21 января, выпис. 29 апрѣля 1904 г. Замужняя, служить при модной мастерской. Кромѣ какихъ-то острыхъ инфекціонныхъ болѣзней въ дѣтствѣ, другихъ заболѣваній, кромѣ настоящаго, не помнитъ.

Считаетъ себя больной съ 18-лѣтняго возраста, когда впервые появилась боль въ прав. подреберьи. Боли были очень сильныя, сопровождались рвотой и повышеніемъ  $t^0$ ; продолжались недѣли полторы. Желтухи не было. 8 лѣтъ назадъ боли снова повторились, попрежнему сопровождаясь рвотой и небольшой лихорадкой. Въ концѣ декабря 1903 г., (т.е. за мѣсяць до поступленія) — опять лихорадочное состояніе, рвота и боли въ правомъ подреберьи. Съ этого времени боли не оставляютъ то усиливаясь, то ослабѣвая. Больная значительно ослабѣла.

Больная — тучная женщина. Желтушной окраски нѣтъ. Аппетитъ плохъ. Боли подъ ложечкой. Отправл. киш. правильны. Животъ не вздутъ, болѣзненъ при ощупываніи справа. Легкія въ порядкѣ. Размѣры сердца норм., тоны глуховаты; пульсъ прав., 90 уд. въ 1 мин. Въ мочѣ ясная реакція на уробилинъ. Печень выступаетъ пальца на два изъ-подъ реберной дуги, болѣзненна при давленіи. Въ области желчнаго пузыря прощупывается болѣзненное плотное тѣло, слѣдующее за движеніями печени. Постоянныя боли въ правомъ подреберьи, отдающія кзади и книзу въ правое бедро. Lues, tbc., alcoh. absunt. T. 37,0—37,8.

*Распознаваніе:* камни желчнаго пузыря.

20-е февраля. *Операция.* Хлороф. усыпленіе. Разрѣзь параллельно реберной дугѣ. Къ медіальному концу разрѣза прибавленъ небольшой разрѣзь по средней линіи вверхъ и внизъ. Ж. пузырь окутанъ сращеніями (сальникъ, поперечн. обод. кишка) и утолщенъ. Пузырь окруженъ салфетками и вскрытъ. Вышла слизисто-гнойная жидкость. Камни въ пузырьѣ не нащупаны ни пальцемъ, ни зондомъ. Тампонада. Швы.

*Послѣ операции.* Температура наивысшая 37,5. Боли въ первые же дни прошли. Отдѣляемое постепенно измѣняло свой характеръ, и черезъ мѣсяць имѣло видъ прозрачной слизи. — 5-е апрѣля. Зондомъ ощупанъ въ пузырьѣ и удаленъ корнцангомъ крупный камень (билирубин.). 29-го апрѣля выписалась со свищомъ.

### II. Lithiasis ductus cystici (et vesicae?). Cholecystostomia. Impermeabilitas d. choledoch. Cholecystoenterostomia.

Н. К., 40 л., дѣв., городская учительница. 27 ноября 1903 г. поступила въ Екатерининскую больн. (терапевт. клин.).

Отецъ больной умеръ 75 л.; матери 70 л. Сама г-жа К. росла здоровымъ ребенкомъ; изъ дѣтск. болѣзн. помнитъ только корь. Лѣтъ 14 назадъ — инфлюэнца, продержавшая больную въ постели недѣли три. Указаній на I. и tbc. нѣтъ.

<sup>1)</sup> Одна изъ операций была произведена мною въ частной лѣчебницѣ. Операции 1900—1904 гг. произведены мною въ бытность ассистентомъ; изъ остальныхъ одна операция была произведена асс. д-ромъ Мотовиловымъ при моемъ участіи.

Два года назад у больной, вскоре послѣ подъема тяжести (таскала ведрами воду на деревенскомъ пожарѣ), появился приступъ болей подъ ложечкой и во всей правой половинѣ живота почти до паха, продолжавшійся часа полтора. Съ тѣхъ поръ прежняго здоровья уже не было: все время тупыя, хотя и слабыя боли гдѣ-то въ глубинѣ живота, усиливавшіяся въ тряской дорогѣ, при кашлѣ, чиханьѣ и пр. Въ первый годъ болѣзни у больной было два обостренія болей; во второй — три. Въ половинѣ августа 1903 г., послѣ однодневнаго недомоганія былъ приступъ очень сильныхъ болей, возобновившійся послѣ переѣзда съ дачи въ городъ. На этотъ разъ боли сосредоточились въ правомъ подреберьи, сопровождались тошнотой и рвотой желчью. Послѣ пріемовъ опія, при постельномъ содержаніи, боли стихли. Черезъ 2 дня появилась желтуха и обезцвѣченіе испражнений. Температура повысилась, достигая 40°. Черезъ недѣлю желтуха прошла, температура упала до 38° и ниже. Тупыя боли въ правомъ подреберьи не покидали больной до поступленія въ больницу.

Состояніе 27 октября 1903 г. Аппетитъ плоховатъ; жажда. Языкъ обложенъ. Отрыжка, тяжесть послѣ ѣды, иногда (не каждый день) рвота. Животъ не вздутъ, болѣзненъ при ощупываніи справа. Въ мѣстѣ желчнаго пузыря прощупывается болѣзненная опухоль въ поперечникѣ 5—8 см. Моча кислая; желчныхъ пигментовъ не содержитъ. Легкія, сердце — N. Пульсъ 78, средняго наполненія. Кровь: красн. кр. тѣлецъ около 4 милл.; отнош. бѣл. къ красн. — 1 : 950. Гемоглобинъ — 100% (?). Темп. 37,2. Virgo. Регулы прав.

Данъ совѣтъ подвергнуться операциі. Больная выписалась 1-го ноября и поступила 2-го декабря въ хирург. клинику больницы.

10-е декабря. *Операциа*. СНСІз. Разрѣзъ какъ въ предыдущемъ случаѣ. Желчный пузырь отысканъ среди обширныхъ сращеній. По вскрытіи *подшитаго* къ брюшной стѣнкѣ пузыря выдѣлилась слизистогнойная жидкость. Стѣнки пузыря очень толсты (до 1½ сант.) и плотны. Камни не разысканы ни зондированіемъ, ни пальпаціей. Пузырь тампонированъ.

Въ послѣоперационномъ періодѣ, въ общемъ гладкомъ, темп. съ 14 дня стала нормальной; выдѣлялась изъ свища слизистая жидкость. Общее состояніе улучшилось. Боли исчезли. Ушла больная 8-го февраля 1904 г. со свищомъ. Однако, 15 мая больная снова легла въ больницу: закрывшійся было свищъ снова открылся, при чемъ выдѣлялась слизистогнойная жидкость въ большемъ количествѣ; боли, возникшія послѣ закрытія свища, стихли послѣ его вскрытія, но не прошли вполнѣ.

18-го мая свищевое отверстіе расширено. Въ пузырь введенъ палецъ, ошупавшій камень. Ложкой удалены одинъ за другимъ два камня по 11,0. Тампонація. Уже къ вечеру того же дня повязка промокла желчью. Во время одной изъ перевязокъ нащупанъ и удаленъ еще одинъ камень такой же величины, какъ первые два. 1-го іюля выписалась со свищомъ, выдѣлявшемъ слизь. Камни—билирубинъ+холестерин.

Послѣ этого состояніе больной значительно улучшилось. Она могла бы считать себя здоровой, если бы не выдѣленіе небольшого количества слизи изъ свищевого отверстія.

Въ обоихъ случаяхъ непосредственный результатъ операциі былъ удовлетворителенъ. Боли прошли, лихорадочное состояніе прекратилось. Однако въ дальнѣйшемъ выступили уже невыгоды примѣненнаго простаго оперативнаго пріема. Прежде всего свищъ въ обоихъ случаяхъ не закрылся, выдѣляя слизистую жидкость. Больная I постоянно должна ухаживать за свищевымъ отверстіемъ, вставляя въ него тонкую дренажную трубку. Временами, при недостаточно внимательномъ отношеніи свищевое отверстіе закрывается — тогда повышается температура, появляются боли и въ концѣ концовъ свищъ снова вскрывается — вытекаетъ слизь съ примѣсью гноя. Почему у больной не закрывается свищъ — сказать трудно, такъ какъ сама операциа наложенія свища не допускаетъ, при наличности сращеній, сколько-нибудь удовлетворительнаго изслѣдованія желчныхъ прото-

ковъ. Съ большей или меньшей вѣроятностью можно думать или о перегибѣ пузырянаго протока, или о камнѣ въ немъ. Въ данномъ случаѣ вполне показана операція изсѣченія нефункционирующаго желчнаго пузыря, но больная, не тяготясь существованіемъ свища, не желаетъ подвергать себя риску вторичной операціи.

Во II случаѣ наступили болѣе серьезные осложненія, принудившія больную согласиться на предложенную ей вторичную операцію.

Въ маѣ 1905 г., т.-е. черезъ шесть мѣсяцевъ послѣ первой операціи, изъ свища стала выдѣляться желчь. Испражнения обезцвѣчивались. Это обстоятельство снова привело больную въ больницу. Іюля 5-го, при поступленіи была сильная желтуха и почти полное обезцвѣченіе испражнений. Температура 36,8—37,2. Болей нѣтъ. Въ мочѣ желчные пигменты.

Несомнѣнно, налицо была относительная непроходимость ductus choledochi. Отчего? Состояніе температуры и отсутствіе болей хотя и не говорили безусловно противъ камня, но все же дѣлали предположеніе о немъ мало вѣроятнымъ. Изъ другихъ причинъ непроходимости можно было думать о сдавленіи или перегибѣ протока.

9-го іюля при хлороформномъ усыпленіи произведена операція. Обширныя сращения вокругъ пузыря были раздѣлены, при чемъ оказалось, что *стѣнки пузыря, бывшія при первой операціи плотными и неимоверно утолщенными, теперь были мягки, нормальной толщины*. Желчный пузырь пустъ. Тщательнымъ ошупываніемъ не обнаружено ни камней, ни перетяжекъ въ протокахъ. Непроходимость можно было объяснить только *имѣвшимся перегибомъ ductus hepatico-choledochi въ мѣстѣ отхожденія отъ него ductus cystici*. Приходилось выбирать между изсѣченіемъ пузыря и образованіемъ пузырно-кишечнаго соустья. Я рѣшился на послѣднее, воспользовавшись для соустья двѣнадцатиперстной кишкой. Рана брюшныхъ стѣнокъ не была зашита наглухо: введенъ тампонъ до соустья. Къ 29-го августа рана закрылась.

Съ первыхъ же дней послѣ операціи желтуха стала уменьшаться, и 10-го сентября Н. К. выписалась въ хорошемъ состояніи: аппетитъ хорошій, никакихъ болей, слѣды желтухи исчезли. Дома она поправилась, пополнѣла, „забыла думать о прежней болѣзни“.

За два года, протекшіе со времени послѣдней операціи были однако боли съ появленіемъ желтухи и повышеніемъ температуры, продолжавшіяся нѣсколько дней. Чѣмъ онѣ вызывались — ненайденнымъ или вновь образовавшимся камнемъ, или, что вѣроятнѣе, переходящей инфекціей желчныхъ путей, — съ увѣренностью сказать трудно.

Приведенный случай на нашъ взглядъ весьма интересенъ: 1) онъ указываетъ, что даже значительно измѣненныя, утолщенныя вслѣдствіе хроническаго воспаленія стѣнки пузыря могутъ придти въ норму при устраненіи вредныхъ моментовъ; 2) произведенная у больной cholecystoduodenostomia не вызываетъ сколько-нибудь значительныхъ и опасныхъ явленій ангиохолита.

Въ слѣдующихъ шести случаяхъ было произведено *изсѣченіе желчнаго пузыря*.

Первый случай изсѣченія пузыря былъ вообще первой моей операціей, предпринятой по поводу распознанной желчнокаменной болѣзни.

### III. Lithiasis v. felleae et ductus cystici. Cholecystectomy.

Д. К., 47 л., сельская учительница, замужняя, поступила въ терапевтическую клинику Екатерининской б-цы 2 іюля 1900 г. съ жалобой на сильныя боли въ правомъ подреберьи.

Изъ распроса выяснилось слѣд. Отецъ умеръ 70 л. (potator). Матери 80 л., здорова.

Въ возрастѣ до 7 лѣтъ Д. К. страдала какою-то лихорадкой; 9-ти лѣтъ отъ роду имѣла желтуху (подробностей не помнитъ). Затѣмъ были какія-то инфекц. болѣзни, удовлетв. свѣдѣній о которыхъ больная не даетъ. Съ 39 лѣтъ — головныя боли. Въ началѣ мая 1900 года — первый приступъ печеночныхъ болей, продолжавшійся сутки. Припадки болей стали повторяться приблизительно черезъ 2 недѣли; боли стихали отъ согревающего компресса. Припадковъ было пять; послѣдній начался 1 іюля; съ нимъ больная и поступила въ больницу.

*Состояніе при поступленіи.* Аппетитъ плохъ. Жажды нѣтъ. Языкъ обложенъ, сухъ. Пустая отрыжка, тошнота. Рвоты нѣтъ. Тяжесть подъ ложечкой послѣ ѣды. Запоры.

Животъ вздутъ. Печень (правая доля) значительно увеличена, сильно болѣзненна при давленіи. Нижний край прощупывается. Легко прощупывается и желчный пузырь, также болѣзненный. Желтухи нѣтъ. Слезенка не прощупывается. Боли въ правомъ подреберьи при дыхательныхъ движеніяхъ, болѣе объемистыхъ. Въ мочѣ желчныхъ пигментовъ нѣтъ.

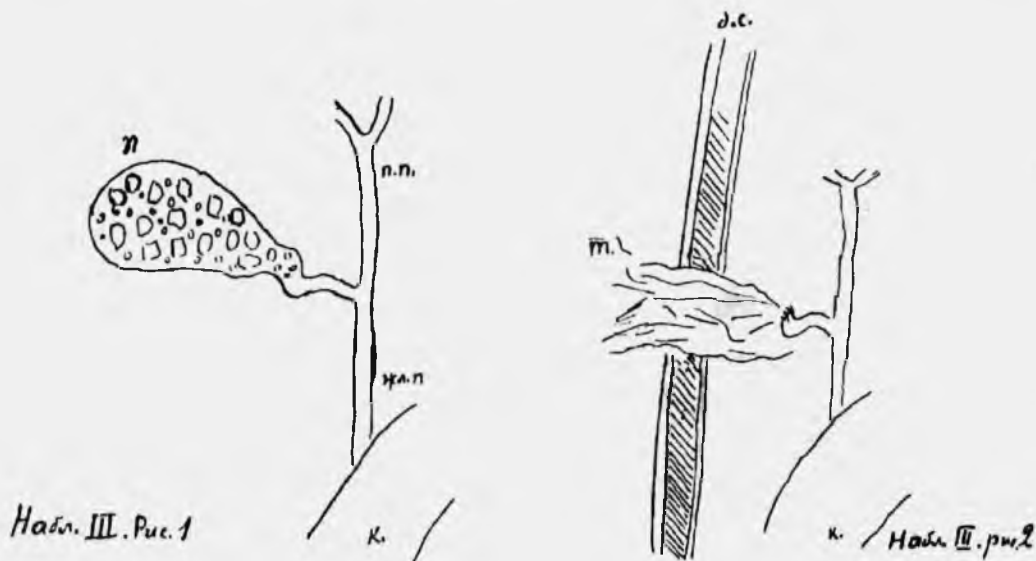
Со стороны легкихъ и сердца уклоненій нѣтъ. Пульсъ 80 въ 1 мин., нѣсколько слабывать. Настроеніе тревожное. Временами безсонница. Темп. 37,2.

Указаній на lues, tbc., гоног. нѣтъ.

Втеченіе іюля состояніе больной колебалось. Температура упала до нормы на другой же день и затѣмъ не поднималась. Боли сначала значительно стихли: оставалась лишь боль при ощупываніи желчнаго пузыря и тупая боль въ печени. 22 іюля снова сильная боль въ правомъ подреберьи и тошнота: это продолжалось сутки. 30 іюля боли повторились. Желчный пузырь все время хорошо прощупывался въ видѣ грушевидной опухоли одного и того же размѣра. 31 іюля переведена въ хирургич. клинику.

*Распознаваніе* Камни въ желчномъ пузырьѣ.

1 августа подъ хлороформомъ *операция*. Разрѣзъ параллельно реберному краю. По вскрытіи брюшной полости предстала значительно увеличенная печень, изъ-подъ которой выдавался громадный, сильно напряженный желчный пузырь. Пузырь уединенъ салфетками и проколотъ троакаромъ. Вышло съ полстакана желчи консистенціи сиропа. По опорожненіи пузыря, въ немъ и его протокъ прощупывалась масса камней. Желчный пузырь отдѣленъ отъ печени и вскрытъ: извлечено 15 камней (билирубин.), величиною по горошинѣ и большое количество болѣе мелкихъ камней. Изъ пузырнаго протока каменные массы удалены ложкой. Затѣмъ на пузырный протокъ наложенъ зажимъ, пузырь отрѣзанъ. Культя протока перевязана, прижжена пакэленомъ. Культя обшита брюшиной. Тампонація брюшной полости до культи пузырнаго протока. На остальн. часть раны—3-хъэтажный шовъ.



Сокращенныя обозначенія во всѣхъ схематическихъ рисункахъ одинаковы:

пч — печень; п — желчн. пузырь; пп — печеночн. прот.; жлп — общій желчн. протокъ; к — 12-типтерстн. кишка; пок — поп. обод. кишка; бс — брюшн. стѣнка; т — тампонъ; др — дрен. трубка.

Относительно оперативнаго лѣченія въ случаяхъ, подобныхъ приведенному, хирурги, какъ извѣстно, держатся разныхъ мнѣній. Одни (напр., проф. П. И. Дьяконовъ) считаютъ изсѣченіе пузыря безусловно показаннымъ, другіе (повидимому большинство русскихъ хирурговъ)<sup>1)</sup> считаютъ болѣе показаннымъ вскрытіе пузыря съ удаленіемъ сростковъ. Оставляя пока обсужденіе этого вопроса, обратимъ вниманіе лишь на приведенный случай, на его постѣопераціонное теченіе. Ductus cysticus былъ перевязанъ и зашитъ. Однако желчь просочилась въ ближайшіе дни и выдѣлялась по введенному при операціи тампону въ повязку.

Затѣмъ выздоровленіе шло гладко; количество желчи, просачивавшейся въ повязку, требовало сначала ежедневныхъ перевязокъ, затѣмъ понемногу уменьшалось и къ 31 августа, дню выхода изъ клиники, рана закрылась. По дальнѣйшимъ свѣдѣніямъ (не болѣе года) Д. К. чувствовала себя здоровой.

Возможно, что здѣсь имѣли мѣсто техническіе недочеты въ наложеніи шва на cysticus, но во всякомъ случаѣ постѣопераціонное теченіе указало намъ приѣмъ, какого мы держались при дальнѣйшихъ операціяхъ. Уже въ слѣдующемъ случаѣ cysticus не зашивался, а дренировался резиновой трубкой; полость брюшины въ области операціи обильно тампонировалась марлей. Словомъ, мы въ общемъ поступали согласно совѣтамъ Kehr'a.

#### IV. Lithiasis d. cystici. Hydrops v. felleae. Cholecystectomy.

В. П., ж. 40 л., поступила въ хирург. клинику Е. б-цы 24 мая, выбыла 30 іюля 1905 года.

Жалобы при поступленіи — на бывающія временами сильныя боли въ правомъ подреберьи, отдающія въ обѣ лопатки и сопровождающіяся рвотой и запоромъ.

Больная — по профессіи акушерка; много работаетъ въ родильномъ пріютѣ и въ частной практикѣ. Въ остальномъ условія жизни удовлетворительны.

Отецъ — душевно-больной. У матери — tbc.; бываютъ „печеночныя колики“. У больной въ дѣтствѣ — корь. Семь лѣтъ назадъ малярія. Lues, tbc. abs.

Лѣтъ пять назадъ, въ іюнѣ, появилась боль подъ ложечкой, распространявшаяся по груди и отдававшая въ лѣвую лопатку и руку. Боль продолжалась нѣсколько часовъ. Такіе приступы болѣе бывали у больной въ теченіе трехъ лѣтъ. Зимой припадки бывали рѣже, лѣтомъ чаще. Иногда повторялись 2 и 3 раза въ день, продолжаясь по нѣсколько минутъ каждый разъ. Иногда проходили цѣлыя недѣли безъ болѣй. Другихъ разстройствъ за это время больная не отмѣчаетъ. Не лѣчилась.

Послѣдніе два года приступы болѣе всегда сопровождались рвотой желчью, стали рѣже, но острѣе — по нѣсколько часовъ мѣсяца черезъ полтора и два. Съ половины мая по конецъ іюня 1904 г. припадки ежедневныя. Затѣмъ — промежутокъ въ 5½ мѣсяцевъ. Въ ноябрѣ 1904 г. сильный припадокъ, сопровождавшійся рвотой, запоромъ и желтухой — нѣсколько дней. Въ мартѣ 1905 г. во время припадка печень увеличилась (пальца на три ниже пупка). Съ тѣхъ поръ припадковъ не было. Температура во время припадковъ не повышалась. При нѣкоторыхъ изъ припадковъ за послѣдніе два года прощупывалась опухоль въ области желчнаго пузыря. Два послѣдніе года лѣчилась (Болсутоляющія; весной 1905 г. — ванны; Karlsbad — дома; іодъ внутрь; прованское масло).

Stat. при поступл. Тѣлосложеніе прав. Жировая клѣтчатка развита чрезмѣрно: вѣсъ —

<sup>1)</sup> См. напр. „5-й съѣздъ Россійскихъ Хирурговъ“ стр. 136 — 138.

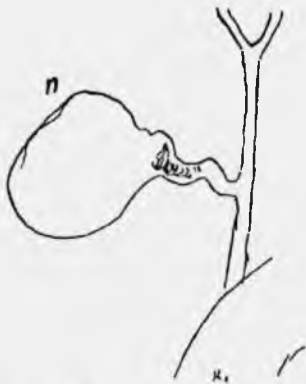
4 п. 28 ф. Темп. норм. Диспептическихъ явленій нѣтъ, на низъ правильно, ежедневно. Легкія, сердце, почки въ порядкѣ. Селезенка не увелич. Genitalia въ порядкѣ. Беременностей не было.

Животъ вздутъ; стѣнки его очень жирны. Печень не увеличена. Въ области желчн. пузыря неясно прощупывается припухлость. По опорожненіи же кишечника слабительнымъ довольно хорошо прощупывается плотное тѣло съ куриное яйцо, нѣсколько подвижное, мало болѣзненное, слѣдящее за дыхательными движеніями діафрагмы Желтухи нѣтъ.

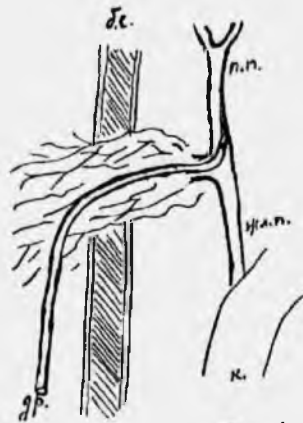
Больная раздражительна, страдаетъ бессонницей.

*Распознаваніе.* Камень (камни?) въ пузырномъ протокѣ. Водянка (и камни?) желчнаго пузыря.

*Операция* 3 іюня 1905 г. Наркозъ хлороформомъ. Извилистый разрѣзъ *Kehr'a*. Сильно растянутый желчный пузырь, почти безъ сращеній, по уединеніи салфетками проколотъ, вскрытъ, (слизеподобная жидкость). Въ пузырномъ протокѣ — довольно рыхлая, но сплошная каменистая массы (удаленіе ложкой). Выдѣленіе желчнаго пузыря и отсѣченіе его съ частью d. cystici. Этотъ протокъ дренированъ (дренажъ въ hepaticus). Лигатура на art. cystica выведена наружу. Зондированіе протоковъ камней не обнаружило. Тампонація брюшной полости. Швы на большую часть раны брюшной стѣнки. Повязка.



Набл. IV. рис. 3



Набл. IV. рис. 4

Первые двое сутокъ — боли въ животѣ, рвота, температура 36,3 — 37,1. Пульсъ до 90. На 2-й день повязка промокла желчью, которая шла также и въ трубочку, выведенную наружу. На 4-й день прослабило послѣ клизмы. На 11-й день — желчь перестала идти въ трубочку. На 13-й день полная смѣна повязки (съ тампонами). Въ брюшной полости вокругъ тампоновъ обособленная полость, выстланная грапуляціями. Вставленъ марлевый выпускникъ. Желчь перестала показываться въ повязкѣ черезъ мѣсяць послѣ операци.

Изъ 56-му дню (дню выписки) рана закрылась.

Микр. изслѣд. пузыря указало на развитіе соединительной ткани и мѣстами — мелко-клеточная инфильтрація.

## V. Lithiasis d. cystici. Empyema v. felleae. Cholecystectomy.

М. Б., ж. 58 лѣтъ, поступила въ хир. клин. Екатер. б-цы 12-го мая, выписалась 19 августа 1906 г.

Жалобы: на боль и опухоль въ правомъ подреберьи.

Больная — замужемъ, занимается домашн. хозяйствомъ, условія жизни хорошія.

Въ семьѣ (и у больной) lues, tbc abs. На 19 году перенесла брюшн. тифъ, на 21 вышла замужъ: 7 родовъ. На 26 г. восп. лѣв. яичника, на 35 г. матки, на 41 г. климаксъ. На 52 г. оперирована по поводу правой паховой грыжи. На 54 г. лѣвостор. плевритъ.

На 35 году жизни, безъ видимой причины появилась сильная боль въ правомъ подреберьи, сопровождавшаяся лихорадочнымъ состояніемъ. Боли носили схваткообразный характеръ. Затѣмъ втеченіе 24 лѣтъ боли не появлялись. Въ іюль 1905 г. было какое-то лихорадочное заболѣваніе, (темп. до 40°), уложившее больную въ постель. Въ концѣ сен-

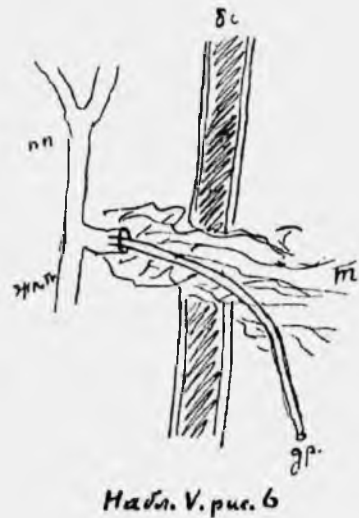
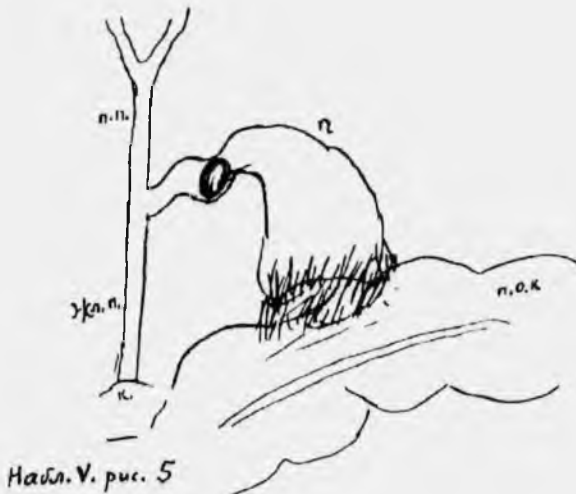
тября, когда больная уже встала — внезапно появилась боль въ правомъ подреберьи; образовалась припухлость; повысилась температура. Приступъ болѣе продолжался около семи часовъ. Затѣмъ, всѣ явленія стали стихать. Опухоль исчезла. Въ январѣ 1906 — повтореніе тѣхъ же болѣзненныхъ явленій, но въ болѣе сильной степени. На этотъ разъ припухлость исчезла лишь черезъ мѣсяць. Въ мартѣ — еще разъ приступъ болѣе съ опухолью и лихорадкой — еще сильнѣе и продолжительнѣе. — Ни одинъ приступъ не сопровождался желтухой. Испражненія всегда оставались окрашенными.

*Состояніе при поступленіи.* Развитіе скелета и мышцъ среднее; жировой клѣтчатки достаточно (вѣсъ = 3 п. 10 ф.). Слизистыя блѣдноваты. Темп. = 37,4. Аппетитъ удовлетворительный. Небольшая отрыжка, безъ тошноты и рвоты. Стулъ правильный. Животъ не вздутъ, безболѣзненъ. Слезенка не увеличена. Легкія, сердце, почки въ порядкѣ.

Печень. Верхняя граница — норм., нижняя — на одинъ поперечный палецъ ниже реберной дуги. Кромѣ того есть относительное притупленіе, идущее отъ печени въ промежуткѣ между 1. parastern. и 1. mamillar. и доходящее до уровня пупка. Край печени оцупать не удается. На мѣстѣ относительнаго притупленія прощупывается опухоль съ кулакъ взрослога человѣка, безболѣзненная, грушевидной формы, почти неподвижная, не зыблущаяся.

*Распознаваніе.* Камень въ пузырномъ протокѣ. Въ желчномъ пузырьѣ или водянка или эмпіема (камень?)

*Операция* 15-го мая подъ хлороформомъ произведена д-ромъ Мотовиловымъ при моемъ участіи. Разрѣзъ по *Kehr'y*. Мышцы на значит. протяж. замѣнены рубцовой тканью, среди которой имѣются отдѣльные гнойнички (вскрыты, затампонированы). По вскрытіи брюшины оказалось, что верхушка желчнаго пузыря припаяна къ поперечной ободочной кишкѣ и вмѣстѣ съ ней къ передней брюшной стѣнкѣ въ мѣстѣ ея рубцоваго измѣненія. Осторожными същеніями разъединены сращенія, и пузырь былъ выдѣленъ до пузырнаго протока, гдѣ прощупывался плотный камень. По вскрытіи желчнаго пузыря изъ него опорожнено гнойное содержимое. Удаленъ камень съ лѣсной орѣхъ изъ пузырнаго протока (холестеринъ). Пузырь (съ оч. толстыми стѣнками) отрѣзанъ. Art. cystica перевязана. Конецъ лигатуры выведенъ наружу. Зондированіе протоковъ камней не обнаружило. Дренажная трубка до пузырнаго протока (выведена наружу). Кругомъ нея марлевые тампоны. Вертик. части раны зашиты.



Послѣ операции темп. не поднималась выше 37,5, пульсъ выше 86. Первые два дня была рвота, икота. Повязка на второй день промокла желчью и по мѣрѣ надобности смѣнялась до тампоновъ. Тампоны смѣнены на 15-й день, затѣмъ удалена дрен. трубка и отошла лигатура съ art. cystica (27-й день). Въ дальнѣйшемъ полость постепенно уменьшалась. Въ августѣ отошли нѣсколько шелковыхъ лигатуръ. Это выдѣленіе лигатуръ нѣсколько задержало окончательное закрытіе раны, которое произошло только черезъ 4 мѣс. послѣ операции.



Измѣненія въ пузырь состояли въ разрастаніи рубцовой ткани, среди которой не видно мышечной ткани. Мѣстами мелкоклѣточная инфильтрація, иногда въ видѣ начинающихся гнойничковъ.

Свѣдѣнія о М. Б., имѣлись черезъ годъ: она чувствовала себя вполне хорошо. Болей не было.

## VI. Lithiasis d. cystici. Empyema v. felleae. Cholecystectomy.

А. К., ж. 27 л. поступила въ хир. клин. 11 ноября 1906 г.; выписана 28 декабря 1906 г. Жалобы: боль и опухоль въ правомъ подреберьи.

Больная — жена швейцара. Происходитъ изъ семьи свободной отъ tbc и lues. Съ начала замужества (6 л.) имѣетъ поног. 4 года наз. лѣчилась на Кавказѣ грязями. 1 г. 4 м. азадъ у больной удалена киста Бартолиновой железы.

Три мѣсяца назадъ послѣ какой-то погрѣшности въ обычной діетѣ появились сильныя боли подъ ложечкой и въ правомъ подреберьи рѣжущаго характера. Больная не могла ни двигаться ни дышать свободно. На ощупь болѣзненная область представлялась припухлой и „затвердѣвшей“. Къ этому въ тотъ же день присоединилось головокруженіе, головная боль, тошнота, рвота. Больная слегла. На другой день она замѣтила, что все тѣло, лицо, глаза сдѣлались желтыми. Принимала по совѣту врача слабительныя. Дня черезъ три острые боли прошли, а еще черезъ день — и желтуха. На цвѣтъ испраженій больная не обращала вниманія. Пролежала съ недѣлю въ постели. Все это время бывали знобы и поты. При ощупываніи праваго подреберья больная сама находила плотную круглую опухоль съ куриное яйцо величиною. — Съ того времени не чувствуетъ себя здоровой: общая слабость, головная боль, временами тошнота, запоры, иногда поносы. При всякомъ болѣе или менѣе сильномъ или неловкомъ движеніи — рѣжущая боль въ правомъ подреберьи.

Состояніе 11-го ноября. Тѣлосложеніе и питаніе среднсе, (3<sup>1</sup> 2 пуда). Кожа и видимыя слизистыя блѣдны, не желтушны. Темп. = 37,1.

Языкъ обложенъ, сухъ. Аппетитъ плохъ. Изжога и отрыжка. Печень не увеличена, немного болѣзненна у ребернаго края. Селезенка не прощупывается. Животъ немного вздутъ.

Сердце, легкія, почки въ порядкѣ. Больная *беременна на 3 мѣсяць*.

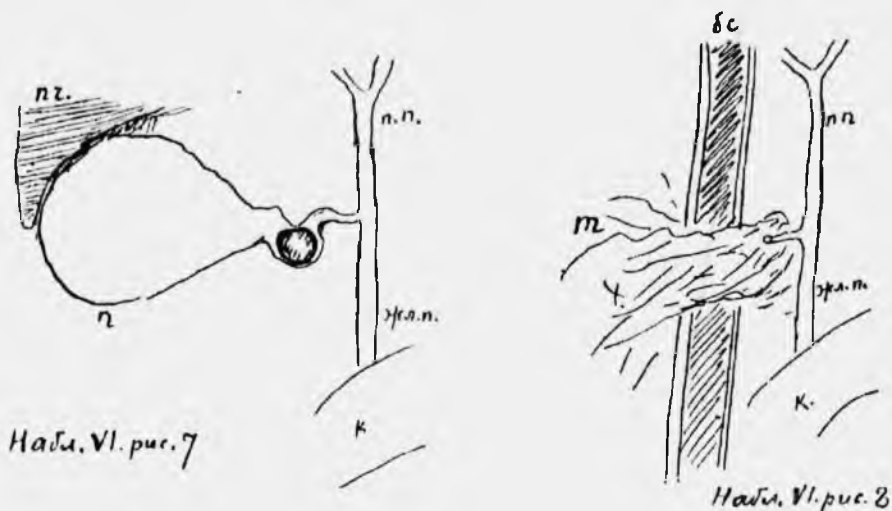
Въ правомъ подреберьи у наружнаго края recti легко прощупывается очень плотная округлая опухоль, сантиметровъ на 6 выступающая изъ-подъ края печени, нѣсколько болѣзненная при давленіи, подвижная при дыханіи вмѣстѣ съ печенью. Притупленный надъ опухолью звукъ переходитъ непосредственно въ тупость печени.

*Распознаваніе*. Камень (камни?) пузырянаго протока. Камни (?) желчнаго пузыря. Hydrops (empyema?) желчнаго пузыря.

17-го ноября *операція* при хлороф. усыпленіи. Разрѣзъ по *Kehr'u*. По вскрытіи брюшины оказалось, что желчный пузырь сильно увеличенъ, прикрытъ сращеннымъ съ нимъ языкообразнымъ выступомъ печени. Пузырь былъ весь окутанъ сращеніями: съ краемъ печени, съ сальникомъ, съ привратникомъ, съ поперечной ободочной кишкой. Отчасти тупымъ путемъ, отчасти рѣжущими инструментами сращенія раздѣлены. При пальцевомъ обследованіи протоковъ ощупанъ камень въ пузырьномъ протокѣ. Соединеніе пузыря съ печенью оказалось настолько плотнымъ, что при разъединеніи часть печеночной паренхимы осталась на пузырь. Однако при этомъ раздѣленіи пузырь былъ поврежденъ: показался жидкій гной. Пузырь былъ обложенъ салфетками, вскрытъ и по опорожненіи отъ гноя выполненъ марлей. Затѣмъ dokonчено выдѣленіе пузыря, который и отрѣзанъ вмѣстѣ съ расширенной частью пузырянаго протока, содержавшей камень. Дальше пузырьный протокъ былъ проходимъ только для головчатого зонда, которымъ и обследованы печеночный и общій желчный протоки: камней больше не обнаружено. — Обычная длинная лигатура на art. cystica. Тампонація брюшной полости. 3-этажный шовъ на вертикальныя части разрѣза брюшн. стѣнки. Камень — въ главной массѣ холестеринъ; есть отложеніе билирубина. Стѣнка пузыря утолщена, вся пронизана рубцовой тканью и инфильтрована круг-

лыми клетками. Мышцы почти не видны. Эпителиальный покров почти всюду отсутствует.

Послеоперационное течение очень гладкое. Наивысшая температура на 3-й день после операции (36,9). Частота пульса наивысшая на 4-й день (96). Повязка промокла жидкостью, окрашенной желчью на 3-й день и смывена, исключая тампоны. Полная смена повязки с удалением тампонов через 2 недели. Тампоны оказались пропитанными гноем (*bact. coli*) и лежавшими в совершенно обособленной плотными грануляциями полости. Лигатура с пузырн. артерией и катгутные швы на коже отошли также на 14-й день.



Рана закрылась через 2 месяца после операции.

Беременность протекала нормально и окончилась благополучными родами. 19 октября 1907 г. А. К. показывалась в хорошем состоянии, без следов прежней болезни. Рубец не выпячивается.

## VII. Lithiasis v. felleae. Cholecystectomy.

С. М., ж. 44 л., сельская учительница, поступила в хир. клинику 20-го мая, выписалась 3 июля 1907 г.

Жалобы: на болезненную опухоль в правом подреберьи.

Отец больной умер в 70 л.; мать от „разрыва сердца“, брат от рака печени. Тбс у одного брата. Муж умер от тбс.

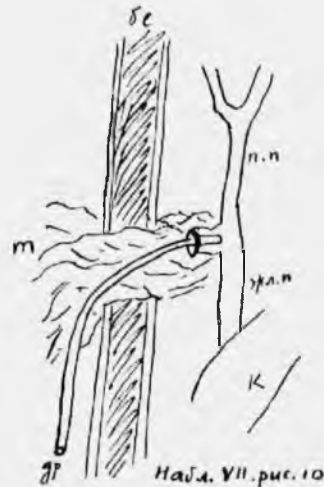
До настоящего заболевания отличалась хорошим здоровьем. Около двух лет назад (осень 1905 г.) появилась боль в правом подреберьи, отдававшая в спину, лопатку. Температура поднялась до 39°; рвота желчью; запор в течение 3 суток. 10 дней больная пролежала в постели. С тех пор не чувствует прежнего здоровья. Не смотря на строгий пищевой режим — постоянно боли после еды, боли в правом подреберьи. Весною 1906 г. пила Карлсбад, не оказавший заметного действия. За последний год при обострениях болей бывала желтизна склеры. Желтой окраски кожи не замечала.

Состояние 20-го мая. Телосложение и питание удовлетворительны. Аппетит плоховат. После еды — тяжесть, изжога, часто рвота. Живот вздут. В правом подреберьи, на месте желчного пузыря — эластичная опухоль приблизительно 6 × 6 сант., очень болезненная при ощупывании, не бугристая, округлая снизу; сверху сливается с печенью, вместе с которой подвижна при дыхании. Верхняя граница печени — N; нижняя — на палец ниже реберной дуги по l. mamillaris, где ее можно ощупать. Селезенка не увеличена. Легкие, сердце, почки, genitalia — N.

Распознавание: Камни желчного пузыря (и ductus cystici?)

Операция 25-го мая. Наркоз эфиром (170,0) и хлороформом (25,0). Разрез по Kehr'у. Печень имеет лопасть, спускающуюся почти до пупка и прикрывающую желчный пузырь. Этот последний сращен с салеником, 12-перстной кишкой, поджелудоч-

ной железой, а также съ прикрывающей его лопастью печени. Желчный пузырь вскрыть — вышла желчь. Удалены 5 камней (вѣсомъ 6,0). Желчный пузырь наполненъ марлей и освобожденъ отъ сращеній. Когда закровоточила art. cystica, пузырь отсѣченъ, артерія перевязана. Зондированіе желчныхъ путей не удавалось, пока не былъ расщепленъ на большей части протяженія пузырный протокъ: тогда удалось провести маточный зондъ въ печеночный, а затѣмъ въ общій желчный протокъ и убѣдиться въ отсутствіи камней. Дренажъ. d. cystici, тампонація брюшной полости. Швы на большую часть раны брюшной стѣнки. Камни—билирубиновые.



26-го мая. Желчи выдѣлилось 100,0. Т<sup>п</sup> 37,7, пульсъ, самочувствіе удовлетворительны. Въ дальнѣйшемъ выздоровленіе шло гладко. 28-го мая clysm. 3-го іюня удалена часть тампоновъ. 5-го іюня удалены всѣ тампоны и дренажъ изъ cysticus; вставленъ марлевый выпускникъ, 13-го іюня желчь въ отдѣляемомъ раны почти отсутствуютъ. 3-го іюля выписалась въ хорошемъ состояніи съ небольшою гранулирующей поверхностью, которая затянулась окончательно въ 2—3 недѣли. Незначит. келоидное измѣненіе рубца. Въ октябрѣ 1907 года отъ больной получено письмо: чувствуетъ себя хорошо. Болей нѣтъ.

Стѣнка желчнаго пузыря представляла подъ микроскопомъ глубокія измѣненія: развитіе рубцовой ткани въ толщѣ стѣнки; мелкоклѣточная инфильтрація, особенно выраженная въ подслизистой и слизистой. Мѣстами слизистая изъязвлена и замѣщена грануляціями.

Въ слѣдующемъ случаѣ операція отсѣченія пузыря не могла быть выполнена; пришлось произвести разсѣченіе пузыря и его протока.

### VIII. Lithiasis d. cystici. Hydrops v. felleae. Cholecystocysticotomy.

М. С., женщина 26 лѣтъ, поступила въ терапевт. клинику Екатерининской больницы 13-го марта, переведена въ хирургическую 17-го марта, выписалась 21-го апрѣля 1907 года.

Жалобы при поступленіи: боли въ правомъ подреберьи, временами обостряющіяся, сопровождающіяся рвотой; общая слабость.

Больная—жена офицера; изъ здоровой семьи. Lues n tbc abs. Около шести лѣтъ назадъ стала ощущать неопредѣленные боли въ правой сторонѣ живота. 2 года назадъ была желтуха, державшаяся недолго, сопровождавшаяся усиленіемъ обычныхъ болей. 1½ года назадъ—типичный приступъ печеночныхъ болей со рвотой и желтухой. Послѣ этого былъ еще одинъ приступъ. Послѣдній (третій) начался двѣ недѣли назадъ. Въ промежуткахъ между приступами боли только ослабѣвали, но не исчезали. Съ начала третьяго приступа появилась желтуха, не исчезающая до сихъ поръ.

Больная слаба, говоритъ тихо; сильно желтушна. Аппетита нѣтъ. Постоянная тошнота, иногда рвота съ примѣсью желчи. На низъ съ клизмой. Животъ не вздуть. Сильныя боли въ правомъ подреберьи, отдающія въ спину и правую лопатку. Эти боли заставляли

больную прибѣгать къ морфію. За послѣдніе три дня по 3—4 шприца 1<sup>го</sup> морф. въ день. Отъ болей сна почти нѣтъ. Печень: нижній край прощупывается, болѣзненъ. Особенно болѣзненна область желчнаго пузыря, гдѣ прощупывается напряженная сферическая опухоль, отходящая отъ печени, величиною съ гусиное яйцо. Селезенка не увеличена. Въ мочѣ желчные пигменты и рѣзкая реакція на уробилинъ. Кровь: Hmb 62<sup>го</sup>; красн. 3<sup>1</sup> 2 милл., бѣлыхъ 25.000.

Осмотрѣвъ 16-го марта больную, я послѣ консультаціи съ проф. *И. М. Поповымъ* предложилъ ей операцію, на которую она съ радостью согласилась и которой съ нетерпѣніемъ ожидала. Въ этотъ день пульсъ 120, слабаго наполненія. Больная совѣмъ не спитъ. Не можетъ ни пить, ни ѣсть: все вызываетъ рвоту и усиливаетъ боли. Сдѣлано вливаніе фізіологич. раствора 500,0. Температура нормальная.

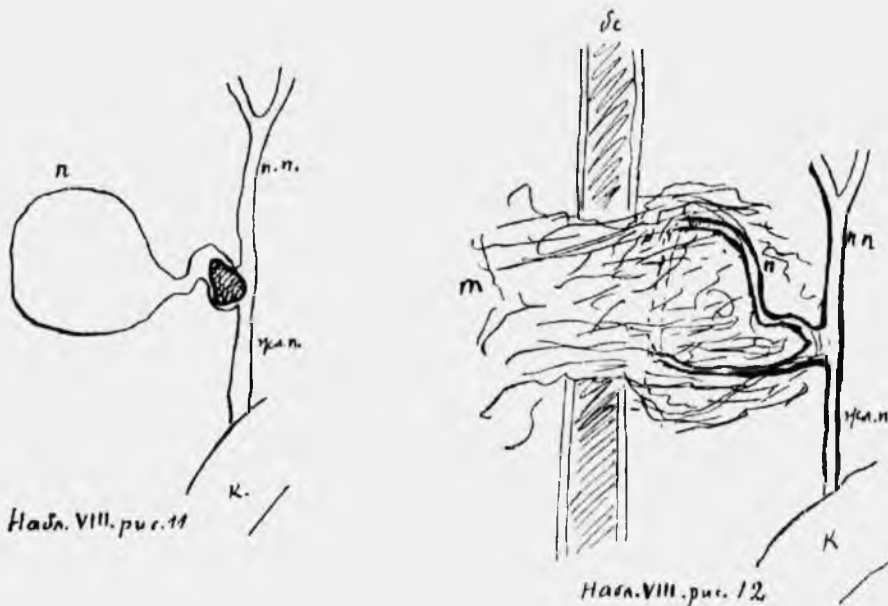
На другой день состояніе еще хуже: увеличилась слабость, голосъ ослабѣлъ, пульсъ 150: очень слабъ. Опухоль на мѣстѣ желчнаго пузыря не такъ напряжена.

*Распознаваніе.* Емруета (hydrops?) vesicae felleae. Камень (камни) въ пузырномъ протокѣ, у мѣста впаденія въ общій желчный протокъ.

Несмотря на слабость и плохой пульсъ, рѣшено *оперировать* (17-го марта).

Эфирный наркозъ. Разрѣзъ по *Kehr'y*. Печень увеличена. Желчный пузырь почти безъ сращеній, сильно увеличенъ, но не напряженъ. Вскрытъ: выдѣлилась слизистая жидкость. Въ глубинѣ, въ пузырномъ протокѣ, у соединенія его съ общимъ желчнымъ прощупывается камень, 2 смъ въ поперечникѣ; удаленъ (холестеринъ+билирубинъ).

Пузырь по удаленіи камня желчью не наполняется, что заставило заподозрить камень или другое препятствіе выше. Зондированіе чрезъ вскрытый желчный пузырь не удается. Пузырь и его протокъ вскрыты (почти до соединенія съ общимъ желчнымъ). Зондированіе не удается. Рѣшено отсѣчь пузырь и его протокъ. Однако пульсъ упалъ, въ *radialis* еле ощутимъ. По отрѣзаніи части пузыря (дна), пришлось прервать наркозъ и операцію. Тампоны во вскрытый желчный пузырь и кругомъ. Повязки. Вливаніе соленого раствора. Камфора, коффеинъ подъ ножу.



Къ вечеру послѣ операціи пульсъ лучше (116) температура 37,4. Самочувствіе значительно лучше.

18-е марта. Ночь галлюцинировала. Днемъ самочувствіе хорошее. Рвоты нѣтъ. Болей въ животѣ не чувствуетъ.

19-го. Самочувствіе прекрасное. Спала. Пульсъ хорошаго пополненія. Газы отходятъ. Желтуха уменьшается.

Съ этихъ поръ выздоровленіе шло неуклонно. 21-го повязка промокла желчью, что разсѣяло сомнѣнія относительно проходимости желчныхъ путей. 26-го удалена часть

тампоновъ. 27-го желтухи нѣтъ; 28-го удалены остальные тампоны. Введены полоски марли. 21-го апрѣля выписалась съ небольшою грануляц. поверхностью, быстро затѣмъ зарубцевавшейся.

Стѣнка пузыря подъ микроскопомъ утолщена, склерозирована, мѣстами отечна. Эпителиальнаго покрова нѣтъ. Рѣдкіе остатки железъ и гладк. мышць; мѣстами — круглоклет. инфильтрація.

Черезъ мѣсяць оперированная показывалась въ цвѣтущемъ состояніи. Кромѣ рубца не было слѣдовъ прежней болѣзни.

Это наблюдение представляетъ на нашъ взглядъ немалый интересъ — главнымъ образомъ по тому оперативному пособию, которое пришлось примѣнить. Изъ-за плохого, можно сказать — отчаянно плохого пульса, не удалось докончить планъ операціи, и въ результатѣ у больной оказались разрѣзанными и *не сшитыми* весь желчный пузырь и большая часть пузырянаго протока. Несмотря на это, заживленіе шло очень гладко. Очевидно, тампонада и безъ дренажной трубки вполне достигала цѣли, удаляясь не только раневой секретъ, но и часть безпрерывно отдѣляющейся желчи. Края разрѣзовъ желчнаго пузыря и его протока несомнѣнно соединились на всемъ протяженіи, такъ какъ у больной не осталось свищевого отверстія, оперированная выздоровѣла, оправилась отъ перенесенной болѣзни. — Заслуживаетъ также вниманія поразительно рѣзкое улучшеніе, наступившее на другой же день послѣ операціи, предпринятой при плохомъ пульсѣ, желтухѣ и общемъ крайне тяжеломъ, почти безнадежномъ состояніи больной.

## **Б. Камни общего желчнаго протока.**

### **IX. Lithiasis v. felleae et d. choledochi. Cystectomy. Choledochotomy transduodenalis.**

А. К., женщина, 39 лѣтъ, поступила 25 апрѣля, умерла 5 мая 1906 года.

Жалобы при поступленіи на боли подъ ложечкой, тошноту и общую слабость,

Занимается домашнимъ хозяйствомъ (мужъ — начальникъ дистанц. ж. д.); условія жизни вполне удовлетворительны.

Отецъ умеръ отъ рака, мать 57 лѣтъ — отъ скоротечной чахотки. У одной изъ сестеръ — болѣзнь печени. Въ дѣтствѣ перенесла корь и оспу. Два раза было воспаленіе легкаго.

На 14-мъ году жизни у больной была въ первый разъ желтуха, была боль подъ ложечкой, тошнота. Болѣзнь считали катарромъ желудка. Черезъ два мѣсяца больная оправилась. — 12 лѣтъ назадъ (1894 г.) снова появились боли подъ ложечкой, но безъ желтухи; на этотъ разъ больная не прерывала обычныхъ занятій (служба на ж. д.). Болѣзнь (которую опять считали за катарръ желудка) затянулась и — то стихала, то обострялась. 10 лѣтъ назадъ приступы болей стали появляться черезъ день. Боли локализовались подъ ложечкой и въ правомъ подреберьи, отдавали въ спину и правую лопатку. Однако больная продолжала заниматься своимъ дѣломъ, находя работу легкой. По совѣту врачей пила Карлсбадъ, отъ болей примѣняла согревающие компрессы, при сильныхъ боляхъ морфій. Такъ продолжалось до 1898 года. Затѣмъ до 1905 г. было сравнительно лучше: иногда цѣлые мѣсяцы проходили безъ болей.

6 декабря 1905 года появились сильныя боли въ правомъ подреберьи и подъ ложечкой и держали не отпуская, втеченіе двухъ недѣль. Желтухи и лихорадки не было. Съ 20-го декабря боли стали полегче. — 31-го декабря снова жестокиа боли при повышенной температурѣ; больная слегла въ постель. Такъ дѣло шло почти безъ колебаній до 6 февраля 1906 года.

когда къ лихорадкѣ и болямъ прибавилась желтуха. Испражненія стали глинисты. Съ 17-го марта лихорадка носитъ характеръ интермиттирующей, съ повышеніемъ черезъ день до 40°. Больная не вставала съ постели, желтуха все усиливалась, лихорадка не уменьшалась (хининъ), боли не отпускали, хотя слегка колебались въ теченіе сутокъ въ интенсивности. Испражненія оставались обезвѣченными. Такимъ образомъ съ 6-го февраля, т. е. въ теченіе двухъ съ половиной мѣсяцевъ продолжалась абсолютная задержка желчи. Ко всему этому за послѣдній мѣсяць присоединилось полное отвращеніе къ пищѣ и рвота. Больная сильно ослабѣла и исхудала.

*Состояніе 25 апрѣля.* Больная высокаго роста, крѣпкаго тѣлосложенія. Вѣсъ = 3 п. 27 фун. Кожные покровы интенсивно желтаго цвѣта. Склеры желты. Температура утромъ 36,5; вечеромъ 39,0. Температура поднимается со знобомъ, кончается потомъ.

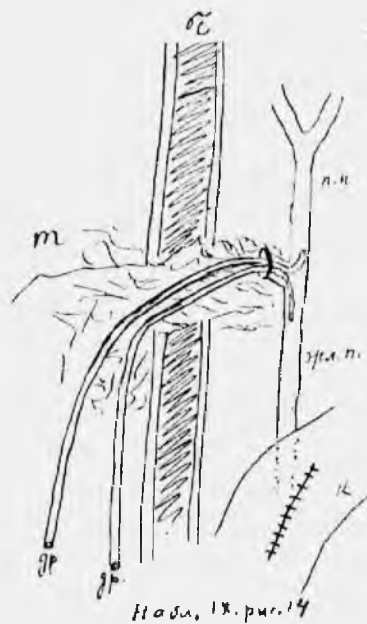
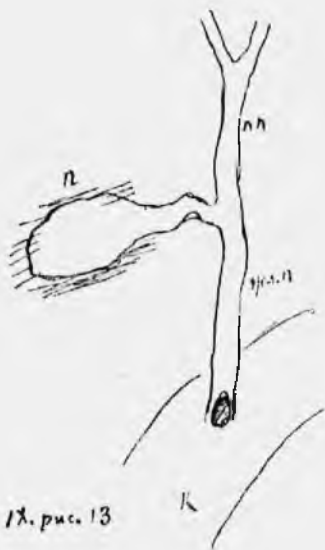
Аппетита нѣтъ. Постоянная боль подъ ложечкой, отрыжка, тошнота, изжога, временами рвота. Испражненія свѣтло-глинистыя. Животъ не вздутъ, болѣзненъ въ области праваго подреберья.

Печень увеличена. По сосковой линіи нижняя граница на 2 попер. пальца выше уровня пупка. Отсюда нижняя граница и вправо и влѣво поднимается круто кверху. По передн. подмышечн. линіи она совпадаетъ съ реберной дугой. Ощупываніе печени болѣзненно. Желчный пузырь не опредѣляется ощупываніемъ.

Селезенка не увеличена. Моча: желчные пигменты и ясная реакція на уробилинъ. Легкія въ порядкѣ. Сердце: границы по перкуссіи нормальны. Системическій шумъ въ легочной артеріи. Пульсъ прав., средняго наполненія, 80 — 104. Кровь: до 90% Hmb.; красныхъ 3 мил., бѣлыхъ 20.000 (160:1).

*Распознаваніе.* Камень въ общемъ желчномъ протокѣ (и пузырь?).

29-го апрѣля *операция* подъ хлороформомъ. Разрѣзъ по *Kehr*'у. Желчный пузырь окутанъ плотными сращениями, уменьшенъ въ размѣрахъ; въ немъ прощупывается камень. По выдѣленіи изъ сращеній (съ сальникомъ) пузырь вскрытъ — выдѣлилась прозрачная желчь и удаленъ камень. Пузырь наполненъ марлей и выдѣленъ. Большіе желчные пути сильно растянуты желчью. Когда закровоточила art. cystica, пузырь отрѣзанъ. Зондированіемъ камни въ печеночн. протокѣ не обнаружены, но *общемъ желчномъ* въ глубинѣ зондъ *натывается на камень*, который не удается протолкнуть въ кишку. Пальцемъ ощупывается плотность въ области головки поджелудочной железы, на мѣстѣ соотвѣствующемъ камню, опредѣляемому зондомъ. Рѣшено произвести *choledochotomy trans-duodenalem*. Двѣнадцатиперстная кишка вытянута въ рану, обложена салфетками, сжата у pylorus и ниже предполагаемаго разрѣза. Вскрытіе duodeni спереди. Палецъ, введенный



въ кишку, ощутилъ камень, прикрытый слизистой оболочкой. Разрѣзъ слизистой, удаленіе камня. *Тотчасъ кишка наполнилась желчью.* 3-хъэтажный шовъ на кишку. Лигатура на art. cystica, дренажъ d. choledochi et hepatici. Тампоны; швы на стѣнку живота. Камни — холестерин. съ отлож. билирубина. Послѣ операции пульсъ ослабѣлъ: введено 500,0 сол. раствора. 30-го апрѣля. Темп. 37,8 — 36,5; пульсъ = 140 — 135. Слабость (сол. раств., камфора, кофеннъ, клизмы съ коньякомъ).

1-го мая. Рвота слизью. Перебои въ пульсѣ; повязка промокла жидкостью, окрашенной желчью. Изъ дренажа течетъ желчь. Терапія та же.—2-го мая. Темп. 35,7 — 36,7. Пульсъ безъ перебоевъ, полнѣе. Верхніе слои повязки смѣнены. Къ 3 часамъ дня пульсъ слабѣе. 3-го мая. Темп. = 37,0; пульсъ = 118, съ перебоями. Нѣкоторое затемнѣніе сознанія. Повязка промокла жидкостью, окраш. желчью. Терапія: то же + strychnin. Подозрѣніе на перитонитъ. 4-го мая. При персвязкѣ никакихъ указаній на воспал. явленія. На кожѣ ргіма. Болѣзненность прав. стороны живота. Пульсъ, темп. безъ перемѣнъ. Сознаніе неясно. 5-го мая (7-й день). Паденіе пульса. Больная скончалась.

При *autopsii* (В. С. Дьвицкій) оказалось: въ полости живота въ правой подвзд. ямѣ, въ тазу — жидкая кровь съ темнокрасными сгустками. Между печенью и діафрагмой по всей поверхности лежитъ пластъ свернувшейся крови. Сильное расширеніе всѣхъ желчныхъ протоковъ. Желтуха и анемія печени. Гиперплазія селезеночной мякоти. Желтуха и паренхиматозн. перерожд. почекъ. Жирное сердце. Склерозъ клапановъ аорты. Перитонита не было. Въ желчномъ пузырьѣ кромѣ небольшой мелкоклѣточной инфильтраціи и нѣкоторой отечности, другихъ измѣненій нѣтъ.

Итакъ, непосредственной причиной смерти была анемія вслѣдствіе внутренняго кровотечения. Во время операціи кровотеченіе было обычное, передъ закрытіемъ раны (геср. тампонадой) оно прекратилось, и съ этой стороны все казалось благополучнымъ, но... у больной была желтуха и полная непроходимость choledochi втеченіе болѣе двухъ мѣсяцевъ. Появилась холемическая геморрагія, очевидно изъ очень небольшихъ сосудовъ, т. к. только къ концу недѣли потеря крови оказалась настолько значительной, что свела въ могилу истощенный организмъ больной. Благодаря тому, что кровотеченіе было слабо, хотя и неудержимо — оно протекало очень скрытно. Скорѣе всего можно было думать о перитонитѣ, который мы и ожидали увидать при вскрытіи.

## X. Lith. d. choledochi. Cystectomy. Choledochotomy.

А. К., мужчина 43 лѣтъ, поступилъ въ лѣчебницу д-ровъ Ивенсенъ и Фейденгольдъ 28 іюля 1906 г. по поводу желтухи, лихорад. состоянія и сильныхъ болей въ правомъ подреберьи.

Больной — бухгалтеръ. Отецъ умеръ отъ скоротечной чахотки. Lues'a ни въ семьѣ, ни у больного нѣтъ. Въ дѣтствѣ — корь, скарлатина. На 26 году — брюшн. тифъ. Нѣсколько разъ былъ плевритъ.

13 лѣтъ назадъ (1895 г.) былъ первый приступъ болей въ области печени, продолжавшійся 6 часовъ, безъ повышенія температуры. На слѣдующій день больной приступилъ къ обычнымъ занятіямъ. Такой же приступъ былъ еще одинъ разъ въ томъ же году; продолжался 10 часовъ.

Весной 1896 г. возникли сильнѣйшія боли въ печени со рвотой, съ высокой температурой, рѣзкой желтухой. Боли держались часовъ 12, желтуха — недѣли три. Послѣ свѣтлаго промежутка въ три года — опять припадокъ съ высокой темп. и желтухой, державшейся дней 10. Съ 1900 по 1906 годъ припадки были кратковременны, повторялись по нѣсколько разъ въ годъ. (Лѣченіе — ванны, минер. воды, успокаивающія и сердечныя).



11 дней назад, среди полного здоровья, проснулся под утро от сильных болей. Пробовал встать, но должен был лечь. На следующий день — потрясающий озноб, усиление болей, желтуха и болезненная на ощупь припухлость в области желчного пузыря. Приступы затрудненных дыхат. движений. На 5-й день темп. утром 36,9, вечером 38,9. Подавленное состояние. Сильные боли без перерыва. Еще через два дня темп. вечером 39,8. Желтуха все усиливается. Самочувствие очень плохое. За два дня до поступления больному предложена операция.

*Состояние* 28-го июля. Больной — высокого роста, худощавый. Резкая желтуха. Язык обложен. Аппетита нет, сильная жажда. Тошнота, изредка рвота. Боль под ложечкой. Живот несколько вздут.

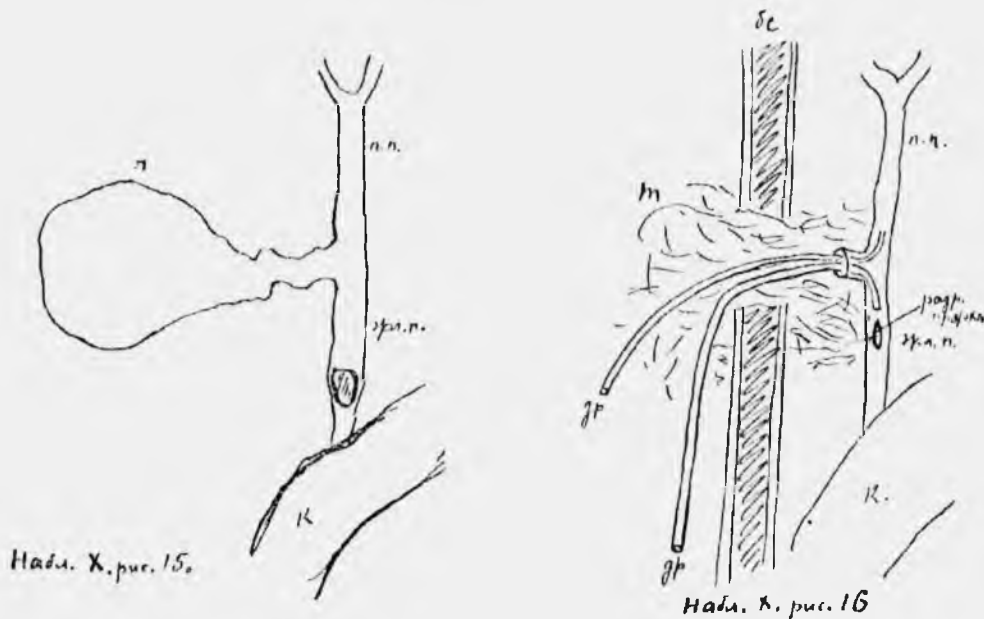
Печень увеличена, выступает на 3 пальца из-под края ребер. Мышцы живота здесь напряжены и не позволяют произвести ощупывание. Констатируется лишь неопределенная припухлость в области желчного пузыря. Селезенка — N. Моча сильно желтушная; б/лок (1,6:1000); резкая реакция на уробилин. Запоры. Испражнения неокрашены.

Левое легкое: притупление и хрипы в верхушке. Сердце по размеру. — N; шумов нет; пульс удовлетв. наполнения, 130. Сон плох. Большая слабость.

*Распознавание.* Камень в общем желчном протоке.

31-го июля. *Операция.* Хлороформ. Обычный разрез. Печень увеличена. Под ее краем желчный пузырь растянутый желчью. По опорожнении — камней в нем не оказалось. По иссечении пузыря (сильное кровотечение из пузырьной артерии!) ощупыванием и зондированием определен камень в общем желчном протоке, за двенадцатиперстной кишкой. Пальцем, через стенку протока камень осторожно передвинуть кверху, но до пузырного протока довести его не удалось. Продольный разрез d. choledochi. Извлечение камня (чисто-холестеариновый),  $1\frac{1}{2} \times 1$  сант. Дренаж через cysticus вверх в печеночный и вниз в общий желчный проток. Швы на choledochus не накладывались. Тампонация. Швы.

Стенка пузыря склерозирована. Эпителиальный покров отсутствует. Железы сохранены и растянуты. Стенки сосудов утолщены.



Температура сразу спала до нормы, пульс не доходил до 100. В первые дни после операции икота + боли, очень большая слабость, поты. Желчь шла через трубку, стерильная. На 9-й день испражнения окрашены желчью. На 15-й день полная смена повязки и удаление трубок. Желчь стала выдвляться в повязку. В дальнейшем поправление больного шло очень медленно. Верхушечный процесс давал себя знать лихорадочной температурой и потами. Больной только в начале сентября стал иметь достаточно силь



для переѣзда домой (11-го сентября). Повязка тогда еще окрашивалась желчью. Въ началѣ ноября (3 мѣсяца послѣ операци) рана закрылась.

Черезъ годъ оперированный показывался въ хорошемъ состояніи. Болей никакихъ не было и нѣтъ. Имѣется выпячиваніе рубца. Носить брюшной поясъ. Верхушечный процессъ стихъ; температура нормальна.

Подводя итоги приведеннымъ здѣсь въ краткихъ описаніяхъ случаямъ желчно-каменной болѣзни, прежде всего отмѣтимъ громадное преобладаніе женскаго пола (10:1). По возрасту больные распредѣляются такъ: 20—30 лѣтъ было двое; 39 — одна; 40—50 — шесть; 58 — одна. Продолжительность болѣзни, начиная отъ первыхъ симптомовъ, отмѣченныхъ въ „анамнезѣ“, была разнообразна. Въ одномъ случаѣ болѣзнь продолжалась менѣе одного года (№ VI); въ четырехъ — отъ 2 до 6 лѣтъ; въ одномъ — 13 лѣтъ; въ трехъ — болѣе 20 лѣтъ, и въ одномъ — 38 лѣтъ. Въ случаяхъ, въ которыхъ первые симптомы были незадолго до поступленія въ клинику, камни существовали, конечно, много ранѣе. Подъ вліяніемъ какихъ-либо причинъ, обыкновенно остающихся неизвѣстными больному и врачу, камни сразу давали о себѣ знать. Въ рѣдкихъ случаяхъ можно, однако, отмѣтить моментъ, выводящій желчно-каменную болѣзнь изъ скрытаго періода. Такъ, больная К. (№ II) за два года до поступленія почувствовала первый приступъ болей послѣ того, какъ ей пришлось таскать ведрами воду на деревенскомъ пожарѣ. Съ тѣхъ поръ она уже не чувствовала прежняго здоровья. Въ клиникѣ удалены камни, по своимъ размѣрамъ, имѣвшіе возрастъ, конечно, болѣе двухъ лѣтъ. Въ случаѣ № VI больная почувствовала въ первый разъ боли за три мѣсяца до поступленія, послѣ погрѣшности въ обычной діетѣ. При операци найденъ камень 2½ сант. въ поперечникѣ въ пузырьномъ протокѣ, въ пузырь — гной.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ ясно выступаетъ зависимость приступовъ печеночныхъ болей отъ воспалительнаго состоянія желчныхъ путей (темп.) (случ. №№ V, VI, VII), иногда эта зависимость ясна лишь для части приступовъ (X); въ большинствѣ случаевъ, однако, совсѣмъ нѣтъ указаній на повышение температуры. Конечно, отсюда еще нельзя заключить, что не было повышенія, или что не было воспалительныхъ явленій въ слизистой, однако мнѣ думается, что приписывать боли во *всѣхъ случаяхъ* инфекціи было бы увлеченіемъ. Въ только что упомянутомъ случ. № II боли появились тотчасъ за длительнымъ и сильнымъ напряженіемъ брюшныхъ мышцъ и переутомленіемъ. Было бы натяжкой въ случаяхъ, подобныхъ этому, непременно видѣть инфекцію<sup>1)</sup>. Намъ приходилось наблюдать, что зондированіе не воспаленныхъ желчныхъ путей вызываетъ боли, напоминающія обычные приступы печеночныхъ болей. Тѣ же боли, хотя бы и кратковременныя могутъ иногда вызываться и камнями при различныхъ механическихъ инсультахъ, напряженіи брюшного пресса etc.

<sup>1)</sup> Конечно, въ дальнѣйшихъ приступахъ у той же больной инфекція выступаетъ на первый планъ.

Желтуха была при поступленіи въ клинику или когда-либо раньше втеченіе болѣзни въ шести случаяхъ, отсутствовала — въ четырехъ. Причины желтухи у наблюдавшихся нами больныхъ рѣдко можно было установить съ безспорной очевидностью. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ желтуха не могла быть объяснена механически — закупориваніемъ камнями, и зависѣла несомнѣнно отъ воспалительныхъ явленій въ протокахъ.

Такъ, у больной К. (№ VI), за три мѣсяца до поступленія въ клинику были припадки болѣй, сопровождавшійся желтухой и лихорадкой (знобы и поты). При операціи найденъ большой камень, лежавшій въ расширеніи пузырянаго протока. Далѣе же, т.-е. по направленію къ hepaticus пузырный протокъ былъ проходимъ только для головчатого зонда; маточный зондъ, примѣняемый обычно, не проходилъ. Трудно предполагать, что три мѣсяца тому назадъ отношенія были существенно нныя. Вѣроятно, тогда камень находился также въ пузырьномъ протокѣ, не ближе къ печеночному, чѣмъ какъ онъ оказался при операціи, и желтуха могла быть исключительно „воспалительной“.

Наоборотъ, въ случаѣ № IX, окончившемся смертью, при операціи съ очевидностью выступила механическая причина желтухи: какъ только былъ удаленъ камень изъ желчнаго протока, желчь на глазахъ полилась въ 12-перстную кишку (см. выше). Эти два случая (IV и IX) наиболѣе рельефны по механизму происхожденія желтухи. Въ другихъ, вліяніе того или другого фактора — закупорки камнемъ или инфекціи, выступаетъ съ меньшей очевидностью.

Не останавливаясь на другихъ клиническихъ симптомахъ (наши десять случаевъ врядъ ли могутъ что-либо прибавить къ симптоматологіи желчно-каменной болѣзни), перейдемъ къ распознаванію и оперативному лѣченію.

Какъ видно изъ приведенныхъ исторій болѣзни распознаваніе обыкновенно въ существенныхъ чертахъ оправдывалось при операціи. Детали, иногда немаловажныя, подчасъ ускользали. Такъ, у больной М. Б. (V) остался не распознаннымъ инфильтратъ съ гноиниками въ брюшной стѣнкѣ, съ которой сращенъ былъ желчный пузырь. Помимо общаго состоянія больного, его силъ, состоянія печени и вообще моментовъ, существенно вліяющихъ на рѣшеніе оперировать, для хирурга важно выяснить: 1) состояніе желчнаго пузыря, 2) мѣстонахождение камней.

Мѣстонахождение камней, на основаніи данныхъ status praesens. и отчасти анамнеза обыкновенно можно опредѣлить съ извѣстнымъ вѣроятіемъ. О состояніи пузыря зачастую трудно имѣть правильное сужденіе. Такъ, больная К. (VI), всего три мѣсяца тому назадъ имѣла первый приступъ болѣзни, продержавшій ее недѣлю въ постели, за тѣмъ все время была на ногахъ; при поступленіи — на мѣстѣ желчнаго пузыря болѣзненная припухлость. Предположено: камень въ пузырьномъ протокѣ, отсюда — задержка отдѣляемаго слизистой пу-

зыря — *hydrops*. Въ виду бывшей лихорадки нельзя было исключить *empyema*. При операціи: *Riedel'*евская печень, *empyema* и *масса сращеній* со всѣми сосѣдними органами. Перичиститъ, поведшій къ такимъ сращеніямъ, предположить на основаніи анамнестическихъ данныхъ было трудно. Въ случаѣ № VII за два года до операціи былъ первый и самый сильный припадокъ съ высокою температурой въ теченіе 10-ти дней. Затѣмъ — все время нѣкоторое недомоганіе, съ небольшими обостреніями. Печень спускается низко. Распознаны камни въ пузырьѣ (и его протока?); о состояніи пузыря никакихъ заключеній сдѣлать мы не могли. Оказалось: въ пузырьѣ желчь, а кругомъ онъ окутанъ массой сращеній; кромѣ того — *Riedel'*евская печень.

Нѣтъ сомнѣній, что во всѣхъ нашихъ случаяхъ оперативное лѣченіе было показано. Въ иныхъ случаяхъ состояніе больныхъ передъ операціей не было тяжелымъ (III, VI, VII), однако, было ясно, что терапевтическими мѣрами помочь было нельзя. Въ другихъ — положеніе больныхъ было тяжело (VIII, IX, X), почти гранича иногда (VIII) съ безнадежностью.

Въ частности, отдѣльные оперативные приемы были примѣнены при слѣдующихъ заболѣваніяхъ:

1) *Cholecystostomia* — (2 случ.) при *empyema ves. felleae* вслѣдствіе камней пузырянаго протока (I, II).

2) *Cholecystocysticotomy* — (1 случ.) при *hydrops vesicae* вслѣдствіе камня пузырянаго протока (VIII).

3) *Cholecystoduodenostomia* — (1 случ.) при непроходимости печеночнаго — желчнаго протока вслѣдствіе перегиба (II).

3) *Cholecystectomy* — (5 случ.) при желчныхъ камняхъ, наполнявшихъ въ больномъ количествѣ пузырь (III); воспалительныхъ измѣненій его стѣнокъ, выражавшихся въ сращеніяхъ (камни пузырянаго протока IV, VI, пузыря—VII), иногда съ образованіемъ гнойниковъ (V, камень въ пузырян. протока), и, наконецъ, при хроническомъ ангиохолитѣ<sup>1)</sup>.

5) *Cholecystectomy + choledochotomy* — (2 случ.) при камняхъ желчнаго протока (IX, X).

Операція *cholecystostomiae* была произведена мною въ бытность ассистентомъ хирург. клиники Екатерининской больницы. Въ подобныхъ случаяхъ (IV, VI, VII) впоследствии я производилъ изсѣченіе желчнаго пузыря. Благодаря *cystostomii* у больной II пришлось оперировать вторично.

*Изсѣченіе* пузыря производилось наиболѣе часто. Въ большинствѣ случаевъ пузырь былъ глубоко измѣненъ, окруженъ плотными сращеніями и не функционировалъ, такъ какъ былъ наполненъ не желчью, а слизью или гноемъ. Лишь въ случаѣ III пузырь не имѣлъ сращеній, былъ растянутъ многочисленными камнями, очевидно имѣвшими происхожденіе въ немъ, а въ случаѣ VII пузырь, будучи окутанъ сра-

<sup>1)</sup> См. ниже.

щеніями, содержалъ желчь. Больше всего могутъ быть оспариваемы показанія къ изсѣченію пузыря въ случаѣ III. Вѣроятно, многіе хирурги ограничились бы разсѣченіемъ пузыря, изсѣченіемъ камней съ закрываніемъ пузыря наглухо, или съ дренированіемъ его чрезъ брюшную рану. Изсѣкая пузырь, мы руководились слѣдующими соображеніями: 1) камни въ пузырьѣ и отчасти въ пузырномъ протокѣ очевидно мѣстнаго происхожденія, такъ какъ трудно себѣ представить, чтобы столь многочисленные конкременты, спускаясь изъ печени въ пузырь по печеночному протоку не вызывали у больной никакихъ болѣзненныхъ явленій, никакихъ субъективныхъ ощущеній; приступы болей начались у больной лишь за 2 мѣсяца до поступленія въ больницу. Оставить пузырь — оставить очагъ для дальнѣйшаго образованія камней. 2) Пузырь былъ сильно растянутъ и стѣнки его истончены. 3) По удаленіи пузыря съ его каменнымъ содержимымъ, рана заживетъ удобнѣе и скорѣе, чѣмъ послѣ операціи наложенія свища. Объ операціи „идеальной“ холецистотоміи нельзя было и думать, такъ какъ удаленіе изъ ближайшей части *cystici* каменныхъ глыбъ вызвало кровотеченіе изъ слизистой. И теперь, какъ въ 1900 г., я произвелъ бы здѣсь изсѣченіе пузыря, ходя соображеніе 2-е о стѣнкахъ пузыря приходится измѣнить, благодаря наблюденію № II (см. выше).

Въ остальныхъ случаяхъ показанія къ изсѣченію пузыря были, на нашъ взглядъ, безспорны. Разъ существуютъ сращенія пузыря съ сосѣдними органами — пузырь, особенно содержащій слизь или гной, — долженъ быть удаленъ, такъ какъ измѣненія въ его стѣнкахъ, очевидно, весьма глубоки, такъ сказать — прошли ихъ насквозь. Конечно, могутъ встрѣтиться значительныя трудности при выдѣленіи пузыря, но къ счастью, сращенія особенно плотны обыкновенно у дна пузыря; далѣе, ближе къ шейкѣ они становятся рыхлѣе, легче раздѣляемы.

Передъ выдѣленіемъ пузыря лучше всего освободить его отъ содержимаго проколомъ или разрѣзомъ, отгородивъ со всѣхъ сторонъ салфетками. Какъ видно уже изъ нашихъ немногочисленныхъ наблюденій, опасаться инфекціи брюшины нѣтъ основаній, если по окончаніи операціи примѣнить тампонаду. Моментъ окончанія выдѣленія пузыря обыкновенно сопровождается кровотеченіемъ изъ пузырной артеріи, подходящей къ пузырю какъ разъ у его шейки. Захвативъ артерію, подчасъ очень сильно кровоточащую, пэнсомъ, можно или остановиться съ выдѣленіемъ, или — при надобности — продолжать выдѣленіе пузырнаго протока. При отрѣзаніи пузыря стѣнка остающагося пузырнаго протока захватывается пэнсомъ, чтобы легче было ввести зондъ. Перевязывается пузырная артерія лучше шелкомъ; длинный конецъ ея выводится, по совѣту *Kehr'a*, въ рану брюшной стѣнки вмѣстѣ съ тампономъ. (Недѣли черезъ 2—3 лигатура отходитъ, не задерживая сама по себѣ заживленія раны.) Затѣмъ производится еще разъ пальпація (сначала до удал. пузыря) и зондированіе протоковъ маточнымъ зондомъ, очень удобнымъ для этой цѣли. Въ

случаѣ надобности вводятся резиновые трубки въ пузырьный протокъ одна или двѣ (внизъ — къ *choledoch.*, вверхъ — въ *hepatic*). Протокъ никогда ни зашивається, ни перевязывается. Кругомъ тампоны. Рана брюшной стѣнки, насколько можно—зашивается трехэтажнымъ швомъ. Трубка выводится наружу, въ особый сосудъ. Тампонація, мнѣ кажется, должна быть примѣнима всегда. Однако обильная тампонація, застраховывая отъ инфекціи брюшную полость, имѣетъ и тѣневныя стороны: тампоны, вызывая кругомъ себя воспалительный процессъ и образованіе грануляцій, въ концѣ концовъ ведутъ къ плотному и довольно широкому рубцу, тянущемуся отъ наружныхъ покрововъ до двѣнадцатиперстной кишки и печеночнаго—желчнаго протока. Иногда больные прямо отмѣчаютъ, какъ С. М. (№ VII), что чувствуютъ рубецъ, идущій вглубь, что это ощущение ихъ беспокоитъ. Интересно, что какъ разъ у этой больной рубецъ въ кожѣ приобрѣлъ свойства келоида, хотя и не въ сильной степени <sup>1)</sup>. Что касается дальнѣйшей судьбы рубца, то возможно, что впослѣдствіи онъ уменьшается въ размѣрахъ: извѣстно, что тамъ, гдѣ заложены подвижные органы, рубцы или растягиваются, или даже исчезаютъ; особенно это имѣетъ мѣсто въ брюшной полости, гдѣ такъ трудно достигнуть оперативнымъ путемъ фиксаціи органовъ и гдѣ нерѣдко исчезаютъ значительныя сращения и спайки. Во всякомъ случаѣ, чтобъ по возможности избѣжать обширнаго и плотнаго рубца, лучше, можетъ быть, вынимать тампоны пораньше—на 6—7 дней, а не черезъ 2 недѣли, какъ совѣтуетъ *Kehr*.

*Разсѣченіе пузыря и пузырьнаго протока* безъ наложенія швовъ было произведено одинъ разъ. До операціи предполагалось изсѣченіе пузыря. Выше было уже говорено объ особомъ интересѣ наблюденія.

*Сѣченіе желчнаго протока*, произведенное два раза, комбинировалось съ изсѣченіемъ желчнаго пузыря. Въ случаѣ, окончившемся летально (IX), пузырь былъ среди плотныхъ сращеній, содержалъ камень; въ случаѣ (X) пузырь былъ растянутъ желчью, свободенъ отъ сращеній. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ, можетъ быть, можно было ограничиться рассѣченіемъ желчнаго пузыря, его протока и, наконецъ, желчнаго протока — для извлеченія камня, (т.-е. поступить по способу *Delagènière*'a) съ дренажемъ и частичнымъ зашиваніемъ.

<sup>1)</sup> Можетъ быть, рубцу можно приписать и тѣ боли, которыя въ связи съ желтухой и повышеніемъ температуры испытала больная В. П. (IV) чрезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ операціи: врядъ ли можно говорить о рецидивѣ болѣзни, такъ какъ при операціи (бывшей незадолго), протоки были тщательно ощупаны и зондированы, и камни остаться незамѣченными не могли. Помимо рубца этотъ инцидентъ съ больной можно (и скорѣе) объяснить ангиохолитомъ: этотъ послѣдній въ свою очередь могъ быть вызванъ микроорганизмами, какъ извѣстно, надолго остающимися въ латентномъ состояніи въ рубцахъ и снова обнаруживающими свою жизнедѣятельность подъ вліяніемъ различныхъ условий. Какъ сказано выше, припадокъ болѣе былъ единичнымъ, болѣе не повторялся, и оперированная стала чувствовать себя совсѣмъ здоровой, бодрой и работоспособной, чего до операціи не было.

Техника сѣченія желчнаго протока никакими особенностями не отличалась. Отмѣчу лишь, что *choledochot. transduodenalis* не представляет сама по себѣ техническихъ трудностей. Въ случаѣ X разрѣзъ желчнаго пузыря не былъ зашитъ.

Перейдемъ къ *исходамъ* операціи. Особенно похвалиться—по крайней мѣрѣ въ отношеніи  $\%$  смертности мы не можемъ. Можетъ быть, это зависитъ отъ того, что среди оперированныхъ былъ большой  $\%$  тяжелыхъ больныхъ. Особенно тяжело было состояніе передъ операціей г-жи С. (VIII) и г-жи К. (IX). У обѣихъ была сильная желтуха, безжелчныя испражненія. Однако желтуха у первой продолжалась 2 недѣли, у второй — болѣе двухъ мѣсяцевъ. Это послѣднее обстоятельство, въ связи съ высокой лихорадкой у К. и было вѣроятно причиной разницы въ исходахъ операцій у этихъ двухъ больныхъ.

Что касается радикальности излѣченія, т.-е. отсутствія болѣе послѣ операціи, то въ этомъ отношеніи наблюденія наши по большей части кратковременны и потому результаты должны быть принимаемы въ расчетъ съ осторожностью. Въ общемъ, начиная съ наблюд. III результаты можно, повидимому, считать удовлетворительными. Правда, у больной г-жи П. (IV), не разъ упоминавшейся, были послѣ операціи боли, но съ тѣхъ поръ втеченіе двухъ лѣтъ она чувствуетъ себя прекрасно: никакихъ признаковъ прежней болѣзни.

О больныхъ V, VI, VII и X свѣдѣнія имѣются до послѣдняго времени исполнѣ благоприятныя. Указаній на рецидивъ у нихъ нѣтъ.

Остается сказать объ отдаленныхъ результатахъ самаго операціоннаго разрѣза — о послѣопераціонныхъ грыжахъ. Какъ уже неоднократно сказано было при описаніяхъ отдѣльныхъ наблюденій, мы примѣняемъ разрѣзъ *Kehr'a*. Разрѣзъ параллельно реберному краю примѣнялся при первыхъ трехъ операціяхъ. Изъ всѣхъ оставшихся въ живыхъ оперированныхъ выпячиваніе рубца имѣется у одного — г-на К. (X), и вѣроятно стоитъ въ связи съ вялымъ заживленіемъ операціонной раны и одновременно общимъ упадкомъ питанія на почвѣ инфекціи, вызывающей верхушечный процессъ. Разрѣзъ *Kehr'a* даетъ очень хорошіи просторъ при операціи. Если подложить валикъ подъ спину на уровнѣ печени, то даже при операціяхъ на желчномъ протокѣ не приходится работать въ глубинѣ: желчный протокъ близко подходитъ къ раневому отверстию брюшной стѣнки.

## XI. Angiocholitis. Periangiocholitis chron. Tubercul. glandularum lymph. portae hepatis.

Е. М. дѣв., 28 л. поступила 8 мая, умерла 18 мая 1907 г.

Жалобы при поступл.: желтуха въ теченіе послѣднихъ 4 лѣтъ, постоянное лихорадочное состояніе и незаживающіе свищи послѣ операціи.

Со стороны отца — тбс.; у матери желчные камни. Въ дѣтствѣ больная перенесла корь; затѣмъ была здорова до настоящей болѣзни.

Четыре года назадъ (февраль 1903) появилась желтуха, постепенно усиливавшаяся.

Сильныхъ болей вначалѣ не было, бывала лишь тяжесть и тупыя боли подъ ложечкой. Было ли повышеніе темп., больная не знаетъ. Осенью 1903 сильныя боли подъ ложечкой; желтуха усилилась. Въ 1905 испражненія обезцвѣтились. Больная лѣчилась отъ желчи камней, безъ результата. Въ ноябрѣ 1906 г. въ факульт. хир. клиникѣ больной сдѣлана операція. Камней не оказалось; найдена припухлость въ области головки поджелудочной железы; наложено соустье между желчнымъ пузыремъ и 12-типерстной кишкой. Выписавшись черезъ мѣсяцъ изъ клиники, больная не чувствовала улучшенія; желтуха не проходила. Въ февралѣ 1907 г. изъ вскрывшагося рубца стали отходить лигатуры. Больная стала лихорадить (темп. до 38°) и слабѣть.

Состояніе 8-го мая. Больная сильно желтушна; жировой клѣтчатки мало. Аппетитъ плохъ. Послѣ ѣды тяжесть подъ ложечкой. Тошноты, рвоты нѣтъ. Стулъ ежедневно, испражн. обезцвѣченъ. На животѣ рубецъ отъ прежде бывшей операціи — паралл. реберн. краю. На рубцѣ два свищев. отверстія, выдѣляющія немного жидкаго гноя. Лѣвая доля печени увеличена: верхняя граница по сосковой линіи на 6-мъ ребрѣ, нижняя ея граница спускается до половины разстоянія между мечевиднымъ отросткомъ и пупкомъ. Глубокое ощупываніе области нижн. границы правой доли болѣзненно. Въ мочѣ желчные пигменты и рѣзкая реакція на уробилинъ. Кровь: 50% гемоглобина, 4 мил. красныхъ и 10-11 тыс. бѣлыхъ тѣлецъ. Темпер. 38,1.

*Распознаваніе.* Главные симптомы болѣзни были желтуха отъ задержанія желчи и температура. Можно было бы думать объ ангиохолитѣ, но объяснить имъ однимъ желтуху, бывшую до операціи, казалось натяжкой. Предположить злокачественность опухоли (головки поджелудочной железы) было затруднительно въ виду того, что со времени первой операціи, во время которой была нащупана припухлость, прошло уже полгода, да кромѣ того, принимая распознаваше „новообразованіе“, оставалось еще объяснить и лихорадку. Комбинируя симптомы, мы считали невозможнымъ исключить *ангиохолитъ*, протекающій хронически и — въ виду описаній 1-й операціи — *какой-то* темной для насъ *опухоли въ области головки поджелудочной железы*.

Больной предложена операція, изъ-за которой собственно она и сама обратилась въ Ново-Екатерининскую больницу. При операціи предполагалось ощупать и зондировать желчные пути, и поступивши сообразно тому, что будетъ найдено, во всякомъ случаѣ дренировать ductum hepaticum. Предсказаніе казалось серьезнымъ ввиду долгой желтухи и состава крови.

18 мая 1907 г. операція подъ эвиромъ. Разрѣзъ отчасти по старому рубцу. По средней линіи добавленъ разрѣзъ вверхъ, по rectus dexter внизъ. Въ общемъ разрѣзъ, походилъ на предложенный *Kehr'омъ*. Удалены лигатуры, вызывавшія нагноеніе. По вскрытіи брюшины оказалось, что желчный пузырь и 12-типерстн. кишка окружены сращеніями съ сальникомъ и передней брюшной стѣнкой. По раздѣленіи сращеній (кровотеченіе) открыто мѣсто соустія пузыря съ 12-типерстной кишкой. Желчный пузырь оказался (проколъ) наполненнымъ желчью. Соустье достаточно, такъ какъ желчь механически (давленіе на пузырь) легко перегоняется въ кишку. Соустье разъединено, отверстіе въ кишкѣ закрыто. Пузырь вскрытъ, вскрыта часть d. cystici. Зондъ отсюда введенъ въ печеночный протокъ, затѣмъ въ общій желчный: нигдѣ не ощупаны камни или какое-либо другое препятствіе; зондъ шелъ совершенно свободно. Пальпацией опредѣлены 2 плотныя железы величиной съ лѣсной орѣхъ или черносливъ, большая въ области d. choledochi выше rapheas. Отдѣленный пузырь резецированъ; вставлены двѣ трубки чрезъ cysticus: 1) въ печеночный потокъ; 2) въ общій желчный протокъ. Отверстіе въ кишкѣ закрыто швомъ. Кровотеченія въ ранѣ нѣтъ. Тампоны, швы, повязка.

Вскорѣ повязка промокла на незначительномъ протяженіи кровью. Пятно не увеличивалось. Пульсъ однако слабѣлъ. Соляной растворъ подъ кожу, камфора, кофеинъ, а когда ничто не помогало — 1 2 шприца адреналина 1/1000. Неудержимое паденіе пульса; въ 7 1/2 часовъ вечера — смерть.

При вскрытіи, (*В. С. Дъвицкий*) найдено: „Icterus hepatis. Angiocholitis chronica. Catarrhus ductuum choledochi et hepatici et dilatatio eorundem Degeneratio caseosa gl. lymphaticarum у мѣста начала duct. choledochi. Degeneratio purulenta gl. lymphaticae у мал. крив. же-



лудка и *gl. lymphaticae subperiton.* у мѣста дѣленія аорты на подвздошныя артеріи. *Hyperplasia inflammatoria gl. lymphaticarum portae hepatis, perigastiarum et subperit. Oedema pulmonum. Anaemia myocardii. Hyperplasia pulpac lienis. Icterus renum. Haemorrhagia in cavum peritoneae. Anaemia universalis.*

„Печень не увеличена, окрашена въ желтушный цвѣтъ. На разрѣзѣ выступаютъ довольно рѣзко съ утолщенными стѣнками бѣловатаго цвѣта желчныя протоки. Содерж. ихъ слизисто-гнойнаго характера. *Ductus hepaticus* шире нормы, слизистая его набухла, шероховата, блѣдна. Въ *d. choledoch.* введенъ былъ легко зондъ. Слизистая его носить измѣненія, аналогичныя *d. hepatic.* Кое-гдѣ на ней замѣчаются мелкія кровоизліянія. Слизистая оболочка 12-типерстной кишки и желудка измѣненій не представляетъ, кромѣ блѣдности. У мѣста отхожденія *d. choledochi* отъ *d. hepat.* лежитъ величиною съ голубиноое яйцо лимфат. железа. въ большей своей части (<sup>3/4</sup>) плотная, на разрѣзѣ состоящая изъ желто-бѣлаго цвѣта плотной какъ бы творожистой массы, заключенной въ капсулу. Отъ этой железы сохранилась лишь маленькая частица отекшей и окрашенной въ желтый цвѣтъ лимфатической ткани. Окружающія железы этой области, области желудка и забрюшинныя увеличены, мягки, сочны. Одна железа у малой кривизны желудка и другая у дѣленія аорты увеличены до куриного яйца, мягковаты и на разрѣзѣ состоятъ изъ гнойно-расплавленной крошковатой массы зеленовато-желтаго цвѣта.

„Въ правомъ боковомъ каналѣ (*canalis lateralis dexter*) и между вылуклой поверхностью печени и діафрагмой находятся большіе кровяные сгустки. *Pancreas* измѣненій видимыхъ не представляетъ“.

*Микроскопическое изслѣдованіе* произведено частію въ лабораторіи клиники; большая же часть препаратовъ была любезно приготовлена прозекторомъ больницы *В. С. Двицкимъ*.

Железы лимфатическія представляли типичную картину туберкулеза, съ казеознымъ перерожденіемъ. Въ бугорковыхъ инфильтратахъ — эпителиальныя и гигантскія клѣтки.

Желчный пузырь. Слизистая оболочка гиперемирована; въ ней — сплошная мелко-клѣточная инфильтрація, быстро уменьшающаяся въ подслизистой ткани; въ мышечной инфильтрація очень слаба, но мышцы проросли соединительной тканью.

Крупные протоки носятъ измѣненія въ общемъ такія же, какъ желчный пузырь.

На срѣзахъ изъ воротъ печени, захватывающихъ болѣе крупные внутривисцеральные протоки, видно спаденіе и запусѣніе послѣднихъ и масса какъ бы викарно развитыхъ мелкихъ протоковъ.

Срѣзы изъ печени указываютъ на подострыя воспалительныя измѣненія въ протокахъ и громадное развитіе соединительной ткани вокругъ нихъ. Въ соединительной ткани, богатой клѣтками, видна мелко-клѣточная инфильтрація, которая носитъ очаговый характеръ.

Какъ показало вскрытіе, смерть произошла отъ кровотеченія изъ мелкихъ сосудовъ, неразъисканныхъ при аутопсіи. Причина несомнѣнно та же, что больной N IX — долго длящаяся желтуха.

Итакъ, микроскопическое изслѣдованіе указало на 1) туберкулезъ лимфатическихъ железъ забрюшинныхъ, въ воротахъ печени и проч.; 2) подострый холангитъ и холециститъ, исходящій изъ слизистой оболочки, при чемъ наибольшія измѣненія найдены въ слизистой пузыря; 3) хроническій воспалительный процессъ въ клѣтчаткѣ, окружающей желчныя протоки въ печени.

Трудно указать съ достовѣрностью хронологическій порядокъ, въ которомъ развивались эти анатомическія измѣненія. Самое свѣжее изъ нихъ — это воспаленіе слизистой. Вѣроятно же всего было бы предположить, что они возникли въ результатѣ инфекціи изъ 12-типерстной кишки чрезъ операціонное соустіе. Туберкулезъ железъ могъ произойти вслѣдствіе занесенія соотвѣтствующей инфекціи изъ



кишечника, хотя надо тутъ же добавить, что въ самомъ кишечникѣ, ровно какъ и во всѣхъ остальныхъ органахъ, не найдено какихъ-либо измѣненій, подозрительныхъ относительно туберкулеза. Было бы, можетъ быть, всего проще объяснить періангіохолитъ какъ результатъ инфекціи, исходящей изъ лимфатическихъ железъ, если бы можно было доказать, что инфильтраты вокругъ протоковъ обусловлены той же бугорковой инфекціей, какою вызваны измѣненія въ лимфатическихъ железахъ.

Что касается желтухи, то она зависѣла не отъ сдавленія печеночнаго протока (такъ какъ въ желчномъ пузырьѣ находилась желчь), а отъ холангита въ толщѣ самой печени, въ мелкихъ желчныхъ протокахъ (ср. напр. *Ebstein* въ *Handbuch f. prakt. Medizin* 1905. Bd. II., стр. 376). Застояю желчи способствовало также громадное развитіе инертной массы соединительной ткани кругомъ протоковъ. Ниже, въ большихъ протокахъ и пузырьѣ были настолько сильныя воспалительныя измѣненія стѣнокъ, что мышечный слой не могъ функционировать и желчный пузырь почти не выдѣлялъ въ кишку чрезъ операционное отверстіе и той желчи, которая въ мнимальномъ количествѣ попадала изъ печени.

Въ заключеніе позволимъ себѣ подвести итогъ главнѣйшихъ выводовъ изъ нашихъ наблюденій.

1. Желчный пузырь, воспалительно измѣненный, можетъ вернуться въ состояніе близкое къ нормѣ при устраненіи вредныхъ вліяній. Въ частности, чрезмѣрно утолщенія вслѣдствіе хроническаго воспалительнаго процесса стѣнки, могутъ стать мягкими, нормальной толщины; сращенія кругомъ могутъ въ значительной степени рассосаться. Не слѣдуетъ однако дѣлать отсюда слишкомъ оптимистическихъ заключеній и надѣяться на *restitutio ad integrum* при глубокихъ измѣненіяхъ, когда наприм. исчезаютъ, подъ вліяніемъ разрастающейся рубцовой ткани, мышечные элементы пузыря.

2. Во многихъ случаяхъ наложеніе швовъ на разсѣченные желчные пути является излишнимъ актомъ операціи, такъ какъ по нашимъ наблюденіямъ срастается разсѣченный по всей длинѣ желчный пузырь съ его протокомъ, срастается разрѣзь общаго желчнаго протока.

3. Операція соустья между желчнымъ пузыремъ и 12-типерстной кишкой можетъ и не вызывать серьезныхъ явленій ангиохолита. Повидимому способствуютъ возникновенію ангиохолита бывшія до того измѣненія въ стѣнкахъ пузыря, протоковъ и соединительной ткани вокругъ нихъ.

4. Опасность отъ операціи при желчно-каменной болѣзни не велика, по крайней мѣрѣ въ случаяхъ не запущенныхъ. Она значительно возрастаетъ, когда къ операціи прибѣгаютъ какъ къ *ultimum refugium*, при наличности долго длящейся желтухи, въ особенности сопровождающейся лихорадкою.

---

## Случай гнойника печени послѣ дизентеріи.

Больной, Е. Х—кій, 30 лѣтъ, техникъ, занимается по постройкѣ шоссеиныхъ дорогъ. Послѣдніе 4 года работалъ въ мѣстности очень болотистой, изобилующей комарами, безусловно маляріею—по словамъ больного „тамъ всѣ болыны лихорадкой“. Менѣе страдаютъ туземцы, всѣ же пришлые быстро заболѣваютъ лихорадкой. Послѣдніе три года жилъ на берегу Чернаго моря около г. Сочи. 1 годъ передъ этимъ прожилъ въ Баладжарахъ около Баку. Жилъ всегда въ дѣлохихъ условіяхъ: квартира всегда сырая, холодная, пища болышею частью плохая. Со стороны наслѣдственности можно отмѣтить смерть матери въ 40-лѣтн. возрастѣ отъ туберкулеза гортани. Отецъ больного живъ, страдаетъ ревматизмомъ и астмою. 4 брата и 2 сестры здоровы. Больной женатъ, всѣ здоровы, выкидышей у жены не было. Вина пилъ всегда очень мало, куритъ много. Въ дѣтствѣ развивался правильно, ничѣмъ серьезнымъ не болѣлъ. Лѣтъ 10 тому назадъ былъ уретритъ, вполне излѣчился.

4 года тому назадъ, вскорѣ послѣ переселенія въ Баладжары, заболѣлъ кровавымъ поносомъ, болѣлъ не долго, перенесъ всю болѣзнь на ногахъ. Вскорѣ послѣ этого заболѣлъ маляріею, и хотя принималъ громадныя дозы хины, все же лихорадка продолжалась. Это послужило поводомъ переѣзда въ Сочи. Первые два года чувствовалъ себя сносно, и хотя лихорадка повторялась, но отъ хины проходила. Лѣтомъ 1905 года снова заболѣлъ лихорадкой и съ тѣхъ поръ она нѣсколько разъ повторялась, несмотря на постоянное лѣченіе хиной и мышьякомъ. За послѣдній годъ кожа и склера нѣсколько разъ окрашивалась желчью. На печеночныя колики никогда не жаловался. Послѣдніе 3 года страдаетъ запорами и расширеніемъ геморроидальныхъ венъ. Въ началѣ сентября 1906 г. больной почувствовалъ боль въ правомъ подреберьи, врачъ констатировалъ увеличеніе печени и назначилъ хининъ per os, мышьякъ и хининъ подъ кожу. Съ момента появленія боли въ печени перемѣнъ въ лихорадочномъ состояніи больного не отмѣчается, <sup>то</sup> не измѣрялъ, частые же ознобы бывали и раньше до появленія боли. Боль эта не увеличивалась и не уменьшалась, оставалась безъ перемѣнъ до поступленія къ намъ. Между 20—25 сентября больной впервые замѣтилъ выпячиваніе опухоли въ подложечной области и вмѣстѣ съ этимъ появилась тупая боль въ этой области. Припухлость быстро стала увеличиваться, боли же не усиливались. Съ жалобой на эту опухоль, общую слабость и отсутствіе аппетита больной поступилъ 11 октября 1906 г. къ намъ въ клинику.

Больной средняго роста, хорошо сложенный, вѣсъ 3 п. 10 ф. Кожа блѣдно-желтая, склера—желтушная. Обычное положеніе—на спинѣ; на правомъ и лѣвомъ боку лежать не можетъ. Аппетитъ очень плохой, послѣ еды немного увеличивается боль подъ ложечкой. Отрыжки, изжоги нѣтъ. Рвоты нѣтъ. Животъ не вздутъ, болѣзненность при ощупываніи только на мѣстѣ опухоли. Глотаніе свободно. Языкъ немного обложенъ, влажный, сильно мучаетъ жажда. Стулъ 1 разъ въ 5—6 дней, твердыми массами, правильно окрашенными, слизи и крови нѣтъ. Въ заднемъ проходѣ расширенныя геморроидальныя вены.

Мочится не чаще 2—3 разъ въ сутки; моча краснаго насыщеннаго цвѣта, кислая, уд. в. 1.019, небольшое количество бѣлку, индиканъ и сахаръ—слабы. Въ осадкѣ форменныхъ элементовъ нѣтъ.

Дыханіе нормальное, не учащенное; глубокий вздохъ вызываетъ боль въ правомъ подреберьи. Кашли нѣтъ. Нижнія границы легкихъ нормальны. Со стороны сердца уклоненій нѣтъ. Пульсъ 90 среднего наполненія. Красныхъ кров. шар. 4.140,000, гемоглобина 80%, бѣлыхъ — 6700. Со стороны нервной системы и органовъ чувствъ никакихъ отклоненій отъ нормы нѣтъ. Т° 37,4°. Селезенка немного увеличена, очень плотна.

Въ подложечной области шаровидная припухлость величиною съ голову годовалого ребенка. Кожа на ней лоснящаяся, гладкая, на вершинѣ опухоли красноватаго цвѣта. Средняя линія живота дѣлится се на двѣ равныя части. При ощупываніи припухлость повсюду мягкой консистенціи, мало болѣзненна, однако у основанія болѣзненность усиливается. Флюктуация ощущается ясно. Перкуторный звукъ совершенно тупой, и тупость съ опухоли переходитъ въ печеночную. Печень значительно увеличена, край ея прощупывается на 4 пальца ниже реберной дуги, по средней линіи край печени на 3 пальца не доходитъ до пупка. Печень повсюду гладкая, не особенно плотная, слегка болѣзненна при давленіи. Верхняя граница печени по сосковой линіи — верхній край 6-го ребра, по аксиллярной — 7-е ребро. Дыхательныя движенія передаются опухоли. Такъ какъ было несомнѣнно, что паріетальный и висцеральный листки брюшины тѣсно спаяны, то было рѣшено сдѣлать пробный проколъ. На глубинѣ менѣе 1 см. былъ обнаруженъ гной, очень густой, зеленовато-бураго цвѣта, съ обыкновеннымъ гнойнымъ запахомъ. Подъ микроскопомъ кромѣ зернистаго распада, ничего не обнаружено.

Подробное изслѣдованіе крови на паразиты также ничего не обнаружило.

На основаніи изложеннаго былъ распознанъ гнойникъ печени, этиологія же его до операціи не была выяснена. По указаніямъ больного, онъ послѣдніе 4 года постоянно страдалъ маляріей. Однако, полная безуспѣшность терапіи хиной, и появленіе маляріи непосредственно за дизентеріей, давали поводъ сомнѣваться, была ли въ данномъ случаѣ малярія, не была ли съ самаго начала заболѣванія скрытая форма какого-нибудь осложненія дизентеріи. Позднее проявленіе нарывовъ печени послѣ дизентеріи описано въ литературѣ въ нѣсколькихъ случаяхъ: *Sachs* указываетъ на одинъ случай, когда нарывъ печени послѣ дизентеріи появился черезъ 5—6 лѣтъ, а *Pel* въ *Berl. Klin. Wochensch.* (904—14) описываетъ нѣсколько случаевъ съ еще болѣе продолжительнымъ промежуткомъ времени. Положимъ, нарывы печени послѣ дизентеріи встрѣчаются чаще въ странахъ съ тропическимъ климатомъ, однако и у насъ въ Россіи, въ южной ея полосѣ, бывали случаи этого заболѣванія (*Добротворскій* — въ „Хирургіи“, *Волянский*, *Мартыновъ* — въ „Русской Хирургіи“).

13-го октября подъ мѣстной анестезіей сдѣланъ разрѣзъ по средней линіи живота. Передняя стѣнка гнойника оказалась толщиною менѣе 1 см., чрезвычайно плотной; выпущенъ густой гной количествомъ около 1 фунта. Вся полость гнойника находилась въ паренхимѣ печени, стѣнки ея чрезвычайно плотныя, покрыты фибринозными свертками, кусками некротизированной ткани, полость какъ бы многокамерная, величиною съ голову ребенка. Бактеріологическое изслѣдованіе гноя дало совершенно отрицательные результаты: ни въ мазкахъ ни въ посѣвахъ на всѣхъ средахъ не было никакихъ бактерій.

15-го октября былъ соскобленъ гной непосредственно со стѣнокъ гнойника, и въ этомъ соскобѣ были найдены въ очень большомъ количествѣ амебы. Онѣ были самой разнообразной формы съ грубо—зернистой протоплазмой и съ едва замѣтнымъ ядромъ. При помощи вытягивающихся отростковъ онѣ передвигались и постоянно мѣняли свою форму. Черезъ 5—10 минутъ движенія прекращались и въ по-

койномъ состояніи онѣ были шаровидной формы; но стоило только немного подогрѣть стеклышко, какъ снова начинали двигаться. Для провѣрки патогенности найденныхъ амевъ, свѣжій соскобъ со стѣнокъ гнойника былъ разбавленъ фізіологическимъ растворомъ, подогрѣтъ до  $t^0$  тѣла и выпрыснутъ подъ кожу обезьянѣ, кошкѣ и собакѣ. Обезьяна, къ сожалѣнію, оказалась очень старой и на другой день послѣ впрыскиванія околѣла; на вскрытіи обнаружилось, что прямая кишка не измѣнилась, и смерть послѣдовала скорѣе отъ старости. У кошки на 3-й день при повышенной  $t^0$  появились въ испражненіяхъ кровь и слизь, обнаружены были амевы. Черезъ 3 дня кошка была здорова и амевы исчезли. Собака осталась здоровой, несмотря на то, что ей было выпрыснуто 10 к. стм. гнойной эмульсіи въ паренхиму печени. Такимъ образомъ опытъ обнаружилъ патогенность амевъ для кошекъ. *Quincke* и *Roos* различаютъ 3 рода амевъ: 1) *amoeba intestinalis vulgaris* — непатогенная вообще, 2) *amoeba coli mitis* — патогенная только для людей и 3) *amoeba felis* — патогенная для людей и кошекъ.

Такимъ образомъ можно съ большой вѣроятностью предположить, что гнойникъ печени у нашего больного былъ вызванъ тѣмъ же возбудителемъ, которымъ была вызвана 4 года тому назадъ и дизентерія. Хотя больной временами чувствовать себя очень хорошо и не считалъ себя больнымъ, заболѣванія же печени никогда у себя не подозревалъ, и только лишь за послѣднее время стали появляться у него боли въ правомъ подреберьи, тѣмъ не менѣе гнойникъ этотъ несомнѣнно давняго происхожденія: на это въ достаточной степени указываетъ состояніе стѣнокъ гнойника, найденное при операциіи. *Koch — Grenzgeb. d. Med.* 903 — 13 — описываетъ нѣсколько случаевъ, въ которыхъ гнойники печени не вызвали никакихъ субъективныхъ жалобъ, протекали при нормальной  $t^0$ , и только лишь временами вызывали подъемъ  $t^0$  — при усиленномъ движеніи или при грубыхъ погрѣшностяхъ въ діетѣ.

Что касается теченія послѣоперационнаго періода, то оно было безъ всякихъ осложненій. На 6-й день операциіи края раны были изъѣдены и покрыты бѣлымъ налетомъ, но черезъ 4 дня всѣ некротизированныя части отвалились и рана быстро стала рубцеваться. Черезъ 12 дней послѣ операциіи нельзя уже было обнаружить присутствіе амевъ. Полость гнойника уменьшалась очень быстро, и къ 17-му ноября — день выписки больного — вмѣсто полости была только неглубокая щель.  $T^0$  ни разу не подымалась. Выдѣленіе желчи было очень незначительно — 2 раза по нѣсколько капель во время перевязокъ. За 35 дней пребыванія больного въ клиникѣ онъ прибавилъ въ вѣсѣ 35 фунтовъ.

---

## Къ казуистикѣ полного удаленія кистъ поджелудочной железы.

Въ виду отчасти небольшихъ размѣровъ, а съ другой стороны глубокаго положенія среди другихъ, болѣе крупныхъ окружающихъ органовъ, поджелудочная железа долгое время оставалась *terra incognita* для физиологовъ и даже анатомовъ. Несмотря на то, что еще въ очень глубокой древности *Эвдемъ* высказывался про поджелудочную железу въ томъ смыслѣ, что она выделяетъ пищеварительный сокъ въ кишки, большинство знаменитыхъ средневѣковыхъ врачей и физиологовъ (*Vesalius, Paré, Aselli, Piccolomini* и др.) или упоминали про железу вскользь или высказывали про назначеніе этого органа такія мнѣнія, которыя намъ могутъ показаться прямо дѣтски-наивными. И только съ 1642 года, со времени открытія *Wirsung* ома протока железы, медицина получила болѣе ясное представленіе объ анатомическомъ строеніи железы.

Что касается до физиологіи (resp. гистологіи) указаннаго органа, то правильное представленіе о таковой появилось только въ началѣ XIX вѣка, когда были выдѣлены три ея фермента: діастатическій, эмульсирующий жиры и переваривающій бѣлки.

Съ этого-же времени появляется много наблюденій и работъ по патологіи поджелудочной железы, что само собою заставило изыскивать способы борьбы съ заболѣваніями этого органа, причемъ почти единственнымъ способомъ таковой борьбы — оказалось хирургическое вмѣшательство.

Семіотика поджелудочной железы различаетъ слѣдующіе виды ея заболѣваній:

- I. Травматическія поврежденія.
- II. Грыжи.
- III. Кровоизліянія.
- IV. Воспалительные процессы (острые и хроническіе).
- V. Камни поджелудочной железы.
- VI. Бугорчатка ея.
- VII. Мѣшеччатые опухоли.
- VIII. Эхинококковые кисты.
- и IX. Плотныя новообразованія.

Среди этихъ разновидностей страданій поджелудочной железы насъ теперь болѣе всего интересуеъ отдѣлъ мѣшеччатыхъ опухолей поджелудочной железы.

Клиническія наблюденія надъ кистами поджелудочной железы начинаются 1881 года и въ настоящее время извѣстно болѣе 230 случаевъ оперированныхъ кистъ. Принимая во вниманіе этиологическія и паталого-анатомическія данныя, кисты поджелудочной железы можно раздѣлить на нѣсколько группъ:

- |                   |   |  |
|-------------------|---|--|
| А. Истинныя кисты | { | I. Кисты протока железы.   |
|                   |   | II. Кисты самой железы.  |
|                   |   | а) кисты отъ задержанія.   |
|                   |   | б) вслѣдствіе хроническаго панкреатита.                          |
|                   |   | в) геморрагическія и гематомы.                                   |
|                   |   | г) пролиферирующія кисты (cystoadenom'y, epitheliom'a cysticum). |

Б. Скопленія жидкости въ полости сальниковой сумки.

В. Эхинококковыя кисты поджелудочной железы.

Случаевъ кистъ отъ задержанія отмѣчено очень немного. Причиной появленія такихъ кистъ можно почти всегда считать сдавленіе или закупорку выводного протока железы опухолями какъ самой железы, такъ и сосѣднихъ мѣстъ (органовъ <sup>1)</sup>). Наиболѣе часты — кисты pancreatis на почвѣ хроническаго панкреатита. Здѣсь излишне развивающаяся соединительная ткань мало по малу сдавливаетъ какъ мелкіе протоки железы, такъ и лимфатическіе сосуды, такъ что съ одной стороны происходитъ задержка сока железы, а съ другой понижается способность къ всасыванью и т. о. являются достаточныя причины для неудержимаго роста образовавшейся опухоли. Что касается до „геморрагическихъ кистъ“ и „гематомъ“, возникающихъ б. ч. на почвѣ травмы, то подобныя кисты pancreatis встрѣчаются значительно рѣже предыдущихъ. Разница въ образованіи этихъ двухъ видовъ кистъ состоитъ въ томъ, что въ первомъ случаѣ, т.-е. при „геморрагическихъ кистахъ“ рѣчь идетъ о кровоизліяніи въ уже образовавшуюся раньше кисту подж. железы, „гематомы“ же образуются отъ постепеннаго небольшого просачиванья крови между дольками железы и скопленія ея подъ брюшиной.

Число кистъ, находимыхъ въ подж. железахъ очень разнообразно, хотя б. ч. встрѣчаются солитарныя кисты. Величина ихъ также различна; начиная отъ микроскопически малыхъ, находили кисты величиною съ голову взрослого человѣка и больше.

Содержимое кистъ — разнообразно. Оно бываетъ безцвѣтнымъ и прозрачнымъ и состоитъ изъ лимфондныхъ элементовъ, чаще же содержимое мутно, красновато-бураго и коричневаго цвѣта, что за-

<sup>1)</sup> Такого происхожденія была киста во второмъ, приводимомъ нами наблюденіи.

несить отъ присутствія элементовъ крови; тутъ же находятъ жировой детритъ, жирноперерожденныя клѣтки ткани железы, а иногда — лейцинъ, тирозинъ и холестеринъ и кромѣ того ферменты поджелудочной железы, бѣлки, мочевины, соли и т. п.

Количество жидкости часто превышаетъ 10 литровъ (находили до 20 л.).

Обыкновенное положеніе кистъ поджелудочной железы опредѣляется областью *bursae omentalis*. Развиваясь отсюда, опухоли, понятно, производятъ соотвѣтствующее давленіе (и отгѣсненіе) на сосѣдніе органы: желудокъ онѣ отгѣсняютъ впередъ и вверхъ, *colon transversum* — книзу, тонкія кишки — внизъ и направо, а сосуды и нервы придавливаютъ къзади и часто плотно съ ними срастаются.

Въ дальнѣйшемъ я болѣе подробно остановлюсь на направленіи роста кистъ поджелудочной железы и на распознаваніи кистъ *pancreatis*; пока же ограничусь указаніями общаго характера.

Хотя на практикѣ большое количество случаевъ кистъ подж. железы и третируются или какъ только „*tumor abdominis*“, или какъ эхиноккъ печени, или какъ кисты брыжейки и яичниковъ, но все-таки данныя ощупыванія, выстукиванія и отчасти выслушиванія должны давать намъ указанія на присутствіе опухоли въ верхнемъ отдѣлѣ брюшной полости и именно — въ области *bursae omentalis*; кромѣ того и данныя анамнеза, какъ напр. указанія на боли въ глубинѣ надчревья, на ростъ опухоли сверху и на диспептическія явленія и коллапсъ, — также не должны обходиться безъ должнаго вниманія.

Лѣченіе кистъ поджелудочной железы можетъ быть, конечно, исключительно хирургическимъ.

Исторія хирургіи подж. железы начинается съ начала 80-хъ годовъ, при чемъ большее количество операций и притомъ наиболѣе плодотворныхъ производилось (да и теперь производится) при мѣшеччатыхъ образованіяхъ железы.

Всѣхъ случаевъ операций на подж. железахъ, по поводу ея кистъ, до сихъ поръ насчитывается 232 (*Archiv für klin. Chirurgie* — 1907 г.); сюда, конечно, не вошло нѣкоторое число русскихъ случаевъ. Въ настоящее время примѣняются слѣдующіе способы оперативнаго лѣченія панкреатическихъ кистъ:

1) вскрытіе кисты съ послѣдующимъ вшиваніемъ ея стѣнокъ въ брюшную рану и дренированіемъ полости кисты (*cystostomia*);

2) полное выдѣленіе кисты (*cystectomy*); и

3) частичная экстирпація кисты, которая имѣетъ обыкновенно мѣсто лишь тогда, „когда хирургъ не въ состояніи выполнить задуманнаго имъ полнаго удаленія опухоли“ (*Мартыновъ*). Пункція кисты, какъ оперативный приѣмъ, должна быть отвергнута въ виду большой опасности для больныхъ и своей палліативности.

Путь, чрезъ который достигаютъ кистъ поджелудочной железы съ



цѣлью ихъ вскрытія или удаленія, можетъ быть различнымъ, сообразно тому или другому положенію кисты: здѣсь примѣняется интраперитонеальный путь (laparotomia) и экстраперитонеальный (черезъ поясничный разрѣзъ), особенно рекомендуемый при боковомъ положеніи кисты (*Мартиновъ, Leith*). Что касается до показаній къ выбору того или иного оперативнаго способа, то долгое время примѣнялся преимущественно — первый, т.-е. *systostomia* съ послѣдующимъ дренированьемъ, при чемъ особенно его рекомендовалъ *Gussenbauer*. До сихъ поръ сдѣлано около 190 операций по *Gussenbauer*’у при чемъ въ 183-хъ случаяхъ — вполне удачно. Нельзя обойти молчаніемъ однако то обстоятельство, что болѣе длительныя наблюденія за больными, оперированными по указанному способу, значительно уменьшили число „благопріятныхъ“ исходовъ, главнымъ образомъ благодаря тому обстоятельству, что послѣ подобныхъ операций иногда очень долго не закрывается свищъ (такъ у одного больного свищъ закрылся лишь черезъ 6 лѣтъ).

Послѣднее время стали сравнительно чаще примѣнять второй способъ операции на подж. железнѣ, т.-е. — полное удаленіе кисты (*totalextirpation*).

Полная экстирпація особенно показана при пролиферирующихъ кистахъ; однако, далеко не всегда *легко* можно произвести полную экстирпацію, (истинныхъ кистъ), такъ какъ въ большинствѣ случаевъ онѣ бываютъ окутаны массой плотныхъ сращеній съ сосѣдними органами.

Число полныхъ удаленій кистъ подж. железы, произведенныхъ до сихъ поръ, приближается къ 30-ти.

Полная экстирпація хороша тѣмъ, что, въ случаѣ удачи, пациенты скорѣе выздоравливаютъ и становятся работоспособнымъ; однако смертность послѣ такой операции все-таки довольно высока — 10,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Перехожу теперь къ описанію случая большой кисты поджелудочной железы, наблюдавшагося мною въ Императорской Екатерининской больницѣ.

Больная К. 14-ти лѣтъ, 29 марта 1907 года поступила въ Императорскую Екатерининскую больницу съ жалобой на боли, тяжесть и опухоль въ животѣ (1 г.). Условія и образъ жизни ея вполне удовлетворительны. Со стороны наследственности можно указать на ея брата, который умеръ 17-ти лѣтъ отъ туберкулеза. Изъ дѣтскихъ болѣзней перенесла только корь. Менструировать начала съ 13-ти лѣтъ; характеръ регулъ — нормальный; послѣднія регулы 6-го марта с. г. *Virgo intacta*.

6 лѣтъ назадъ больная лѣчилась отъ бывшаго у нея выпотного перитонита (по мнѣнію лѣчившаго ее врача — туберкулезнаго). Выпотъ, исчезая по временамъ безслѣдно, нѣсколько разъ появлялся до начала прошедшаго года; послѣ этого всѣ явленія исчезли совершенно, больная чувствовала себя превосходно; животъ и брюшные органы при изслѣдованіи казались вполне нормальными, но черезъ 1—2 мѣсяца животъ больной, по ея словамъ, сталъ быстро увеличиваться, уже отъ какой-то, повидимому, скоро растущей опухоли, т. ч. когда больная черезъ 1½ года (т.-е. 4 мѣсяца тому назадъ) снова обратилась къ своему врачу, то онъ къ своему удивленію нашелъ, что весь ея животъ ока-



зался выполненнымъ напряженною опухолью, величиною съ голову взрослого. Съ такими явленіями больная поступила въ клинику.

*Status praesens*: общее состояніе больной — вполне удовлетворительное; по временамъ диспептическія явленія, (тяжесть подъ ложечкой, тошнота и поносы); селезенка — нормальна; сердце, сосуды, нервная система, органы дыханія и мочеполовые — уклоненій отъ нормы не представляютъ. При ощупываніи вся полость живота до костей таза занята, плотной эластической опухолью, величиною больше головы взрослого человѣка. Кишки, повидимому, оттѣснены кзади и въ сторону; colon transversum простукать не удается; подвижность опухоли очень незначительна, нѣсколько больше снизу вверхъ; кожные покровы надъ опухолью неизмѣнены; збыленіе ясное; болѣзненность замѣчается только въ верхнемъ сегментѣ опухоли. Окружность живота на уровнѣ пупка — 90 ст. При изслѣдованіи rectum — шейка и тѣло матки оказываются по консистенціи, положенію и формѣ нормальными. Съ правой стороны прощупываются, повидимому, неизмѣненные придатки.

31-го марта с. г. сдѣлана операція — laparotomia (подъ эфирнымъ наркозомъ — 1½ часа). Разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ проведенъ по lin. alba, длиною въ 5 вершковъ, начиная отъ symph. pubis (пупокъ обойденъ слѣва), до середины разстоянія между пупкомъ и scg. cordis. По вскрытіи брюшной полости глазамъ представилась большая напряженная опухоль, занимающая всю полость брюшины; опухоль оказалась покрытой сращеніями съ паріетальной брюшиной и особенно съ сальникомъ; по разрушеніи части сращеній, болѣе слабыхъ внизу живота, оказалось, что опухоль не имѣетъ никакой связи съ половыми органами; приступлено къ уничтоженію всѣхъ сращеній, часть которыхъ была перевязана лигатурами; т. к. отсепаровывать далѣе было почти невозможно, то опухоль была вскрыта и изъ нея выпущено около 5 литровъ темно-бурой жидкости; когда спавшаяся опухоль была еще больше выдѣлена, то оказалось, что она выходитъ изъ существа поджелудочной железы и именно изъ середины ея тѣла; начавшись отсюда, опухоль опускается внизъ и занимаетъ всю брюшную полость, оттѣсняя во всѣ стороны кишки (нужно отмѣтить, что при самомъ тщательномъ обзорѣ кишекъ, пока не удавалось найти поперечно-ободочной кишки). Когда опухоль была совершенно освобождена изъ сращеній, приступлено къ отсѣченію ея отъ поджелудочной железы вмѣстѣ съ частью послѣдней; оставшаяся часть железы тщательно перевязана лигатурами и обшита брюшиной (теперь, когда опухоль была удалена, оказалось, что colon transversum находится цѣликомъ сзади опухоли, будучи оттиснутой къ позвоночнику); по остановкѣ кровотечения и общемъ туалетѣ брюшной полости, въ нея введенъ тампонъ-дренажъ по *Микуличу* (центромъ къ рапсгеас), въ дренажный мѣшокъ вложено около 15-ти аршинъ марлевого стерилизованнаго бинта, верхній конецъ дренажа выведенъ изъ раны повыше пупка, а на остальномъ протяженіи брюшная рана зашита 3-хъ этажнымъ швомъ; асептическая повязка; ледъ.

Послѣоперационное теченіе шло вполне удовлетворительно: свищевой ходъ и полость раны быстро уменьшались, обильное вначалѣ отдѣляемое раны также быстро уменьшалось и 4-го мая с. г. (т. е. черезъ 35 дней послѣ операціи) больная выписалась изъ клиники въ прекрасномъ состояніи, съ совѣтомъ докончить заживленіе незначительнаго свищевого хода на дому. Мѣсяца черезъ 2 было получено извѣстіе изъ дома больной, что ея свищевой ходъ совершенно закрылся.

Срѣзы стѣнки опухоли дали подъ микроскопомъ такую картину: наружный слой состоитъ изъ элементовъ (сросшегося съ опухолью) сальника; средній — соединительно-тканый, съ просвѣтами кровеносныхъ сосудовъ; а внутренній — весь выстланъ сдавленными железистыми трубками, покрытыми цилиндрическимъ эпителиемъ.

Результаты изслѣдованія жидкости, выпущенной изъ опухоли, таковы: совершенно мутная, темно-буро-красная жидкость, съ большимъ краснымъ осадкомъ; удѣльный вѣсъ — 1022; реакція — слабощелочная; очень много бѣлку; альбумозъ и пептоновъ — нѣтъ; винограднаго сахара — слѣды; пигменты — метгемоглобинъ и оксигемоглобинъ; протеолитическаго фермента — нѣтъ; діастатическое дѣйствіе — очень слабо.

Описанный случай кисты поджелудочной железы заслуживаетъ вниманія по слѣдующимъ соображеніямъ. Во-первыхъ въ послѣднее

время заболѣванія поджелудочной железы, составляютъ, да и должны составлять, предметъ особеннаго интереса для медицины, какъ въ виду того огромнаго значенія, которое имѣетъ для организма pancreas съ ея важными въ процессахъ пищеваренія тремя ферментами, такъ, стало быть, и въ виду тѣхъ заболѣваній поджелудочной железы, которыя, нарушая ея пищеварительную функцію, тѣмъ самымъ приносятъ большой вредъ здоровью человѣка.

Затѣмъ интересъ даннаго случая заключается въ особенностяхъ роста и развитія опухоли.

Кистовидныя опухоли могутъ развиваться въ любой части поджелудочной железы, но, повидимому, чаще онѣ занимаютъ тѣло или хвостъ pancreatis. При дальнѣйшемъ своемъ развитіи опухоль растетъ въ томъ или другомъ направленіи, становясь въ различныя анатомическія соотношенія съ окружающими ее органами. Именно панкреатическія кисты при своемъ ростѣ могутъ занимать слѣдующее положеніе.

1) Опухоль врастаетъ между печенью и малой кривизной желудка, выпячивая надъ собою малый сальникъ (s. lig. gastro-hepaticum). Исходнымъ пунктомъ развитія такихъ кистъ является б. ч. средне-верхній участокъ тѣла поджелудочной железы.

2) Кистовидная опухоль pancreatis врастаетъ въ сальниковую сумку позади желудка, при чемъ можетъ срастись съ его задней стѣнкой и растянуть желудокъ надъ собою (*Bessel-Hagen, Israel*).

3) Киста врастаетъ въ bursa omentalis, растягивая впередъ себя lig. gastro-colicum. Желудокъ оттѣсняется кверху, а colon transversum лежитъ на нижнемъ полюсѣ кисты.

4) Киста развивается между листками mesocoli transversi, но при этомъ положеніе coli transversi бываетъ различнымъ (вверху, посрединѣ и внизу опухоли).

5) Наконецъ, нѣкоторыя кистовидныя опухоли, исходящія преимущественно изъ хвоста, а иногда изъ головки pancreatis, могутъ занимать боковое положеніе, выдаваясь въ поясничную область.

Изъ всѣхъ приведенныхъ видовъ различнаго роста кистъ поджел. железы наиболѣе часто встрѣчается 3-й видъ, когда киста врастаетъ въ bursa omentalis, вытягивая передъ собою lig. gastro-colicum.

Къ этому разряду роста опухолей pancreatis относится и выше-описанный (нашъ) случай, но въ дальнѣйшемъ своемъ развитіи онъ значительно уклоняется въ сторону отъ извѣстныхъ до сихъ поръ случаевъ кистъ поджел. железы и является своего рода unicum въ этомъ отношеніи. Начавшись въ тѣлѣ поджел. железы, опухоль росла прямо кпереди, пока не достигла преграды, въ видѣ брюшныхъ стѣнокъ, послѣ чего продолжала расти уже внизъ, при чемъ не оттѣснила книзу colon transversum, какъ это бываетъ обыкновенно при большихъ кистахъ pancreatis, а *перекинулась черезъ нее*, прижавъ ее къзади; продолжая расти книзу, опухоль растягивала и выпячивала надъ собою

lig. gastro-colicum и превратила его въ огромный мѣшокъ, покрывавшій опухоль, когда она заполнила собою всю брюшную полость.

Прежде чѣмъ говорить объ условіяхъ распознаванія страданія въ нашемъ случаѣ, обратимся сначала къ дифференціальной діагностикѣ вообще кистъ поджелудочной железы.

Проф. *Мартыновъ*. въ своей „Хирургіи поджелудочной железы“ говоритъ такъ: „если перечитать сообщенія хирурговъ объ оперированныхъ ими кистахъ подж. железы, то передъ нами окажется не малое разнообразіе діагностикъ. Въмѣсто панкреатической кисты, при операціи различные хирурги предполагали встрѣтить: эхинококкъ печени, кисту брюшины, кисту брыжжейки, кисту яичника, volvulus и пр... Нѣтъ ничего удивительнаго, что среди описанныхъ случаевъ панкреатическихъ кистъ, было не мало нераспознанныхъ“. И далѣе: „лишь въ 1888-мъ году киста подж. железы была впервые распознана у женщины (*Wölfler*)“.

При постановкѣ дифференціальной діагностики кистъ поджел. железы необходимо считаться съ слѣдующими заболѣваніями: эхинококкъ печени, hydronephrosis, аневризма аорты, опухоль селезенки и кисты брыжжейки, надпочечной железы, яичниковъ и брюшины. Для того, чтобы исключить эхинококкъ печени, надо помнить, что при эхинококкѣ область тупого звука печени непосредственно переходитъ на опухоль, а при кистѣ pancreatis (по крайней мѣрѣ — въ наиболѣе типичныхъ случаяхъ, т.-е. когда киста поджел. железы растягиваетъ впередъ себя lig. gastro-colicum) печень должна отдѣляться отъ нея тимпанитомъ, особенно при надуваніи желудка. При hydronephrosis, помимо соответствующихъ измѣненій мочи, большую помощь для распознаванія оказываютъ толстыя кишки, особенно если ихъ налить водою (*Minkowski* и *Naunyn*), благодаря чему опухоли почки или совершенно скрываются подъ кишками или сильно оттѣняются кзади и кнаружи. При аневризмахъ аорты, которыя къ тому же не достигаютъ большихъ размѣровъ, обыкновенно ощущается истинная пульсація (и шумы), не прекращающаяся при перемѣнѣ положенія опухоли или больного. Опухоль селезенки отличается тѣмъ, что тупой звукъ органа сливается съ опухолью. Кисты брыжжейки, обыкновенно очень подвижныя, располагаются въ пупочной области и покрываются петлями кишекъ. Кисты яичниковъ отличаются отъ кистъ pancreatis тѣмъ, что растутъ онѣ снизу вверхъ, находятся ниже coli transversi и имѣютъ связь съ половыми органами.

Итакъ, для исключенія многихъ, сходныхъ съ кистой поджел. железы, заболѣваній, мы имѣемъ достаточное количество отличительныхъ признаковъ и, повидимому, въ типичныхъ случаяхъ почти всегда можемъ поставить правильный діагнозъ кисты pancreatis.

Обратимся теперь къ нашему случаю и мы увидимъ, насколько трудно было правильно его опредѣлить. Прежде всего со стороны анамнеза, который иногда играетъ роль при опредѣленіи страданій

поджел. железы, у нашей больной мы не имѣемъ почти никакихъ серьезныхъ данныхъ, говорящихъ въ пользу заболѣванія pancreatis. Такъ, больная совершенно отрицаетъ возможность существованія въ ея прошломъ какой-либо травмы; затѣмъ у нея никогда не было ни тяжелыхъ продолжительныхъ диспептическихъ явленій (до рвоты включительно), ни замѣтной тяжести въ лѣвомъ надчревьѣ, ни серьезныхъ хроническихъ разстройствъ со стороны кишечника (resp. дефекаціи). Правда, у больной въ теченіе послѣднихъ 6-ти лѣтъ нѣсколько разъ повторялись скопленія жидкости въ брюшной полости, но временамъ имѣвшія характеръ перитонита, но явленія эти были кратковременны и исчезали безслѣдно, давая возможность во время паузъ обследовать животъ и брюшные органы больной очень детально, съ полной увѣренностью не проглядѣть возникновенія подобной кисты. Когда же больная поступила въ клинику, то какъ это видно изъ ея st. praesens, животъ отъ scg. cordis до symph. pubis былъ уже весь выполненъ огромной напряженной опухолью, почти неподвижной, съ ясной флуктуаціей. Данные ощупыванія и перкуссии не могли дать рѣшительно никакихъ опредѣленныхъ указаній на мѣсто возникновенія опухоли и отношеніе ея къ сосѣднимъ органамъ. Дѣло въ томъ, что въ нашемъ случаѣ опредѣлить положеніе coli transversi совершенно не удавалось, да и не было возможно, т. к. послѣдняя находилась „въ предѣлахъ досягаемости“, будучи расположена сзади опухоли, которая черезъ нее перекинулась, какъ это было обнаружено только во время операціи. Къ этому же надо добавить, что гинекологическое изслѣдованіе также было неудовлетворительнымъ (вѣрнѣе — малодоступнымъ), въ виду съ одной стороны того, что больная — virgo intacta и, стало быть, пришлось ее изслѣдовать per rectum, а съ другой въ виду того, что плотная опухоль, повторяемъ, выполняла буквально всю брюшную полость, плотно прилегая къ костямъ таза.

Затѣмъ я позволю себѣ привести еще вкратцѣ исторію болѣзни одной больной, пользовавшейся въ Императорской Екатер. больницѣ въ 1902 году. У этой больной была также киста поджелудочной железы и произведено было полное удаленіе ея, но интересъ этого случая заключается главнымъ образомъ въ этиологій возникновенія кисты.

Больная К., крестьянка, 29-ти лѣтъ, поступила въ клинику 2 ноября 1902 года съ жалобой на опухоль въ лѣвой половинѣ живота. Со стороны наслѣдственности — отецъ умеръ отъ паралича (?), мать — отъ порока сердца, а 2 брата умерли отъ бугорчатки. Въ дѣтствѣ больная перенесла корь, коклюшъ и золотуху. Другихъ тяжелыхъ болѣзней не было; малярія также не было. Менструаціи съ 14-ти лѣтъ, правильно, безъ боли. На 22-мъ году замужество: первыя 2 беременности окончились выкидышами (на 3-мъ мѣсяцѣ); послѣ этого было 4 нормальныхъ родовъ. Дѣти здоровы. Послѣдняя менструація 6-го августа с. г. Въ первыхъ числахъ іюля с. г. замѣтила подъ лѣвымъ ребернымъ краемъ спереди небольшую опухоль, величиною съ крупный грецкій орѣхъ, которая по временамъ болѣла. 20-го октября внезапно почувствовала сильную боль въ мѣстѣ опу-

холи, появилась рвота, и больная замѣтила, что на мѣстѣ маленькой до того времени опухоли появилась большая, съ голову ребенка. Больная съ недѣлю пролежала въ постели, боли постепенно стихли и больная рѣшила обратиться въ клинику.

St. praesens. Общее состояніе больной удовлетворительное. Со стороны органовъ пищеваренія отмѣчается тяжесть и боли подъ ложечкой. Со стороны органовъ мочеполовыхъ — нормальная беременность около 3-хъ мѣсяцевъ; моча нормальна. Нервная система, органы дыханія и кровообращенія уклоненій отъ нормы не представляютъ. При ощупываніи въ лѣвой половинѣ живота имѣется опухоль, идущая отъ ребернаго края вплоть до лѣвой паховой складки; опухоль упругой консистенціи, малоподвижна, при ощупываніи не болѣзненна. Снутри прощупывается свободный острый край опухоли. При перкуссіи оказывается, что селезеночное притупленіе непосредственно переходитъ въ тупой звукъ опухоли. Верхній край опухоли прощупать не удается. Отъ внутренняго края опухоли, отъ середины его протяженія, вправо по ходу поперечно-ободочной кишки прощупывается на позвоночникѣ неширокій плотный тяжъ.

18 ноября 1902 года, подъ хлороформнымъ наркозомъ сдѣлана *операция*: разрѣзъ проведенъ поперечный, параллельно краю реберъ на уровнѣ пупка; вскрыта брюшина: оказалось, что въ хвостѣ поджелудочной железы кистозная опухоль, величиною въ 2 кулака, стѣнка которой плотно спаяна съ сосудама селезенки. Селезенка оказалась также очень увеличенной и къ ея воротамъ была припаяна указанная киста pancreatis, а поверхъ кисты проходила arteria splenica; край селезенки очень плотно прилегалъ къ поджелудочной железн. Отдѣлить опухоль отъ селезенки не было возможности. Железа выше кисты перевязана 3-мя толстыми лигатурами, послѣ чего удалена опухоль и вся селезенка; введенъ тампонъ. Швы. Повязка.

Послѣоперационное теченіе шло очень хорошо. Перевязки производились черезъ 1-2 дня; отдѣляемаго было немного; 1<sup>го</sup>—N. 28-го ноября сняты швы—вездѣ prima intentio, а гдѣ турунда—грануляціи. Выздоровленіе шло очень правильно, и 6 января 1903 года больная выписалась на пути къ полному выздоровленію: graviditas продолжалась правильно; больная прибавилась въ вѣсѣ на 9 фунтовъ; на мѣстѣ грануляціонной поверхности — рубецъ съ 2-мя незажившими небольшими участками; на одномъ изъ нихъ находится маленькій ходикъ съ незначительнымъ отдѣляемымъ.

Интересъ этого случая заключается, повторяю, въ *этіологіи* возникновенія кисты pancreatis, которая намъ представляется въ такомъ видѣ. У больной была очень подвижная (resp. блуждающая) селезенка, которая свободно перемѣщалась на порядочное разстояніе, въ концѣ концовъ, она, повидимому, придавила поджелудочную железу и перегнула ея хвостъ, результатомъ чего получился перегибъ выводнаго протока железы и отсюда *киста ex retentione*; послѣ этого образовавшаяся киста въ свою очередь стала давить на селезеночные сосуды, что вызвало колоссальный застой въ селезенкѣ и такимъ образомъ еще большее съ ея стороны перигибаніе pancreatis.

---

## Пневмококковое первичное воспаление колѣннаго сустава.

Диплококковое первичное поражение суставовъ принадлежитъ къ очень рѣдкимъ заболѣваніямъ, — болѣе рѣдкимъ чѣмъ метаневмоническіе артриты. До 1903 года Финкельштейнъ<sup>1)</sup> разыскалъ въ печати всего лишь 13 случаевъ этого рода. Къ этому числу онъ прибавилъ свой, наблюдавшійся въ хирургической клиникѣ въ Кіевѣ. Съ тѣхъ поръ до настоящаго времени мнѣ не удалось найти въ печати подобныхъ наблюденій. Въ виду такой скудности матеріала, необходимаго для болѣе полнаго выясненія характера этихъ заболѣваній я и рѣшаюсь въ настоящемъ краткомъ сообщеніи описать одинъ случай первичнаго диплококковаго воспаления суставовъ, наблюдавшійся въ хир. клин. Импер. Екат. больницы.

Больная, А. Н., 39-ти лѣтъ, жена рабочаго, поступила въ клинику 1 іюня 1907 года съ заболѣваніемъ суставовъ. Условія жизни довольно плохія: помѣщеніе сырое и холодное; работаетъ много, на воздухѣ бываетъ мало. Отецъ и мать умерли въ старости; на тѣхъ и на ехъ въ семьѣ указаній нѣтъ. Въ дѣтствѣ перенесла корь; въ 13 лѣтъ какую-то лихорадочную болѣзнь; до настоящаго времени ничѣмъ особенно не хворала. Ни воспаления легкихъ, ни ангины не было. За послѣдніе 2 года время отъ времени появлялись летучія боли въ пораженныхъ суставахъ.

27-го мая 1907 года заболѣла безъ всякой видимой причины; появился жаръ, сопровождавшійся потомъ, и легкая боль въ лѣвомъ колѣнѣ; черезъ 2 дня почувствовала такую же боль съ внутренней стороны праваго голеностопнаго сустава; боли постепенно увеличивались, суставы припухли, движенія оставались еще возможны.

При поступленіи въ терап. клинику больницы найдено: тѣлосложеніе слабое, питаніе плохое; кожные покровы блѣдные съ желтушной окраской; глаза ввалившіеся; аппетитъ плохой, языкъ обложенъ, жажда не усилена, иногда является тошнота; стулъ задержанъ. Печень на 2 пальца ниже края реберъ; селезенка не увеличена. Въ мочѣ бѣлокъ, зернистые цилиндры, эпителиальныя клѣтки, мочекислыя соли; t° утр. 38,3 — веч. 39,8. Правый голеностопный суставъ припухъ съ внутренней стороны и флюктуируетъ; лѣвый колѣнный растянута, patella баллотируется; кожа на немъ слегка отечна; въ суставахъ боли самостоятельныя и при движеніи.

4-го іюня. Боли въ суставахъ усилились; общее состояніе безъ переменъ. Пробный проколъ далъ гной, въ которомъ подъ микроскопомъ были найдены диплококки; прививка его на агаръ дала чистую разводку пневмококковъ. *Fraenkel-Weichselbaum*'а въ видѣ тонкаго налета изъ отдѣльных, мелкихъ прозрачныхъ колоній. Больная переведена въ хирургическую клинику.

<sup>1)</sup> Л. О. Финкельштейнъ. Первичное поражение суставовъ диплококками. „Врач. Газета“. 1903 г. № 21.

5-го іюня. Подъ мѣстнымъ наркозомъ (*Schleich* и  $\frac{1}{2}\%$  кокаинъ) разрѣзъ въ 4 сантим. у внутренней лодыжки; послѣ выдѣленія гноя полость затампонирована стерилизованной марлей. Затѣмъ двумя разрѣзами сантим. по 6—7 по обѣимъ сторонамъ надколінника вскрытъ лѣвый колѣнный суставъ; выдѣлилось довольно много густаго гноя съ своеобразнымъ запахомъ; синовиальная была интенсивно краснаго цвѣта, припухла, бархатиста, хрящи не измѣнены, блестящи; въ суставъ вставлена дренажная трубка, наложена асептическая повязка.

7-го іюня. Самочувствіе больной лучше; отечность кожи на суставахъ значительно уменьшилась, точно также и боль. Отдѣляемого немного.  $T^0$  утр. 36,3 — веч. 37,0.

10-го іюня. Отечность кожи и тканей суставовъ исчезла совершенно; болѣзненности нѣтъ.  $T^0$  утр. 37,2 — веч. 37,9.

19-го іюня. Отдѣляемое колѣннаго сустава въ минимальномъ количествѣ имѣетъ характеръ нормальной синови; рана на правой ногѣ покрывается грануляціями, но крайне вяло; болѣе ни самостоятельныхъ, ни при дотрагиваніи или движеніяхъ совѣмъ нѣтъ. Больная очень вялая, аппетитъ плохой;  $t^0$  по вечерамъ отъ 38,0 до 39,0, пульсъ слабаго наполненія; черезъ промежутки дня въ 3-4 является діаррея на одинъ-два дня.

Въ такомъ состояніи больная пребыла еще недѣли двѣ. За это время раны лѣваго колѣннаго сустава въ значительной степени выполнились грануляціями; дренажная трубка была вынута. Около 10-го іюля на задней поверхности лѣваго бедра замѣтили отечность кожи, слабое покраснѣніе и флюктуацію при полномъ отсутствіи какой-либо боли. Такія же явленія обнаружили и въ верхней трети голени той же ноги; флюктуація передавалась изъ одного фокуса въ другой.

12-го іюля. Подъ хлороформомъ 2 разрѣза, сначала на задней поверхности бедра въ средней его части, длиною около 10 сантим., затѣмъ по задней поверхности голени сантим. въ 5, — вылилось большое количество жидкаго зеленовато-буроватаго гноя, который занималъ мѣсто межмышечной соединительной ткани разгибателей бедра и сгибателей голени въ верхней трети сая; зондъ, введенный въ верхній разрѣзъ, свободно проходилъ между мышцами до нижняго разрѣза. Бактеріологическое изслѣдованіе гноя дало тоже диплококковъ. Раны были затампонированы стерилизованной марлей. Къ вечеру  $t^0$  понизилась до 37,2. 1-я перевязка черезъ 2 дня, выдѣляемого было немного; полное отсутствіе болѣзненности. Назначены были инъекціи мышьяка и внутрь — горечи. При слѣдующихъ перевязкахъ выдѣляемое было въ минимальномъ количествѣ, но раны очень медленно выполнялись грануляціями. Самочувствіе все время было хорошее; сонъ и аппетитъ удовлетворительные; діаррея стала гораздо рѣже;  $t^0$  не поднимались выше 37,5. Въ 1-хъ числахъ августа больная начала вставать и ходить, а 14 августа 1907 года выписалась для окончанія лѣченія амбулаторно. Къ этому времени раны лѣваго колѣна и голени затянулись совершенно; рана бедра почти выполнена грануляціями; діаррея прекратилась, больная окрѣпла.  $T^0$  послѣдніе дни была не выше 37,0. Подвижность колѣннаго сустава нормальная.

Заболѣваніе суставовъ въ нашемъ случаѣ надо считать первичнымъ, такъ какъ у больной, какъ видно изъ анамнеза, не было ни пневмоніи, ни ангины, ни какого другого первичнаго очага.

Зараженіе суставовъ диплококками происходитъ черезъ кровь. Туда они попадаютъ въ свою очередь или изъ воздухоносныхъ путей, или же изъ ротовой полости, гдѣ, въ силу гистологическаго строенія слизистой, существуютъ особенно благопріятныя условія для перехода микроорганизмовъ въ кругъ кровообращенія. Эпителій, покрывающій лимфатическіе фолликулы и миндалины зѣва, очень разрыхленъ вслѣдствіе постоянного прохожденія лейкоцитовъ и, такимъ образомъ, имѣетъ много щелей, находящихся въ сообщеніи съ лимфатической системой.



Диплококки могутъ поражать любой изъ суставовъ, но довольно опредѣленно наблюдается склонность этой инфекции къ крупнымъ суставамъ вообще и, въ частности, къ колѣнному, чаще другихъ поражаемому первично. Процессъ ограничивается однимъ суставомъ или же захватываетъ ихъ нѣсколько.

Съ точки зрѣнія патологоанатомической заболѣваніе можетъ быть двоякаго рода: или костное въ формѣ эпифизорныхъ оститовъ съ послѣдующимъ отдѣленіемъ эпифизовъ и выпотомъ въ сосѣдній суставъ, или же чисто синовиальное. Эта послѣдняя форма встрѣчается гораздо чаще первой; выпоть бываетъ чаще гнойнымъ, при чемъ гной обыкновенно бываетъ очень густымъ. Нашъ случай принадлежитъ къ этой послѣдней категоріи, такъ какъ ни кости, ни суставные хрящи затронуты не были и процессъ сосредоточенъ былъ исключительно въ синовиальной оболочкѣ, если не считать абсцесса на задней сторонѣ конечности, повидимому возникшаго вначалѣ въ формѣ параартикулярнаго заболѣванія.

Взглядъ на симптоматиологию заболѣванія различенъ. Тогда какъ одни авторы описывали картину довольно бурнаго остраго заболѣванія, другіе считали характернымъ для этого рода артритовъ: малоповышенную температуру, рѣзкое развитіе подкожныхъ венъ суставовъ, малое покраснѣніе и незначительную болѣзненность. Такое разнообразіе въ симптомалогіи объясняется, можетъ быть, разнотъ степенью вирулентности микробовъ въ отдѣльныхъ случаяхъ. По мнѣнію же *Финкельштейна*<sup>1)</sup>, противорѣчіе во взглядахъ объясняется свойствомъ диплококковыхъ артритовъ, особенно для нихъ характернымъ, а именно: быстрымъ угасаніемъ острыхъ воспалительныхъ явленій. Нашъ случай до извѣстной степени находится въ согласіи съ объясненіемъ *Финкельштейна*. Болѣзнь началась остро: значительнымъ повышеніемъ  $t^0$  общей и мѣстной отечностью колѣна и сильной болѣзненностью суставовъ, а затѣмъ черезъ недѣлю эти явленія уже прошли. Такое быстрое исчезновеніе острыхъ симптомовъ объясняется скорымъ погибаніемъ микробовъ, что доказывается и нѣкоторыми опытами. Диплококки, полученные изъ суставовъ въ разные періоды болѣзни, при прививкахъ животнымъ обнаруживали постепенное уменьшеніе вирулентности съ теченіемъ болѣзни. Точно также замѣчено, что чѣмъ позднѣе заболѣвали другіе суставы, тѣмъ слабѣе были выражены воспалительныя явленія въ нихъ.

Въ отличіе отъ другихъ инфекцій, особенно гонококковой, пневмококковая не ведетъ въ большинствѣ случаевъ къ функціональнымъ разстройствамъ въ суставахъ: не образуется ни анкилозовъ, ни даже тугоподвижности. И наша больная, несмотря на гнойный процессъ въ синовиальной оболочкѣ ушла изъ клиники съ нормально подвижнымъ колѣномъ.

<sup>1)</sup> „Врач. Газ.“ 1903 г., № 21.

---



## Миомы матки и ихъ радикальное лѣченіе.

(Изъ клиническихъ лекцій).

На тѣлѣ матки, какъ и на шейкѣ, встрѣчаются опухоли, состоящія изъ соединительной ткани или изъ мышечной ткани съ примѣсью соединительной; первыя опухоли носятъ названіе фибромъ, вторыя — фиброміомъ или міомъ. Мышечныя клетки являются специфической составной частью опухоли, между тѣмъ какъ соединительная ткань служить только связующимъ элементомъ, играя, такимъ образомъ, второстепенную роль, какъ при скиррѣ; мы поэтому имѣемъ такъ же мало основанія говорить о фиброміомѣ или фиброидѣ, какъ и о фиброкарциномѣ. Несомнѣнно поэтому будетъ правильнѣе называть эти опухоли міомами, не придавая значенія большому или меньшему содержанию въ нихъ соединительнотканнхъ элементовъ. Чистыя міомы, т.-е. опухоли, состоящія исключительно изъ мышечной ткани, встрѣчаются крайне рѣдко и только въ начальныхъ стадіяхъ развитія этихъ опухолей. Чистыя „фибромы“, въ которыхъ на первый планъ выступаютъ соединительнотканнне элементы, встрѣчаются въ тѣлѣ матки крайне рѣдко, нѣсколько чаще въ шейкѣ. Опухоли же, состоящія, какъ изъ мышечныхъ, такъ и изъ соединительнотканнхъ клетокъ должны быть отнесены къ типу смѣшанныхъ опухолей и для нихъ можетъ быть сохранено названіе фиброміомъ. Клинически всѣ эти опухоли могутъ быть соединены въ одну группу и въ дальнѣйшемъ изложеніи мы вездѣ будемъ называть ихъ міомами.

Миомы растутъ въ общемъ медленно и тѣмъ медленнѣе, чѣмъ опухоль богаче фиброзными элементами. Ростъ опухоли зависитъ отъ богатства ея сосудами; такъ какъ существуютъ міомы очень бѣдныя сосудами, то онѣ и могутъ оставаться въ продолженіе всей жизни маленькими, поэтому нельзя въ маткѣ съ множественными міомами считать болѣе маленькіе узлы вмѣстѣ съ тѣмъ и болѣе молодыми, чѣмъ большіе. По общераспространенному мнѣнію, міомы растутъ только въ періодѣ половой жизни и останавливаются въ ростѣ или даже атрофируются съ наступленіемъ климактерическаго возраста; нѣкоторые авторы считаютъ міомы типическими опухолями менструирующей матки, хотя другіе указываютъ, и не безъ основа-

нія, что міомы не только продолжаютъ расти въ климактерическомъ періодѣ, но даже иногда только и появляются впервые въ этомъ періодѣ. Дальнѣйшій ростъ міомъ въ климактерическомъ періодѣ объясняется развитіемъ сращеній съ сосѣдними органами, благодаря чему усиливается питаніе новообразованій; на первомъ планѣ въ этомъ отношеніи стоятъ сращенія съ сальникомъ.

Міомы рѣдко встрѣчаются въ маткѣ въ единственномъ числѣ, большею частью онѣ бываютъ множественными; число отдѣльныхъ узловъ доходитъ до 50 и больше. Отдѣльные узлы достигаютъ громадной величины и описаны міомы въ 135 — 140 ф. вѣсомъ.

Міомы могутъ встрѣчаться во всѣхъ отдѣлахъ матки, но главнымъ образомъ онѣ встрѣчаются въ тѣлѣ матки, въ особенности на задней ея поверхности, затѣмъ въ днѣ; шейка же значительно рѣже поражается міомами и здѣсь онѣ встрѣчаются, главнымъ образомъ, опять-таки на задней поверхности. Частота міомъ шейки колеблется по различнымъ авторамъ отъ 0,35% до 16% всѣхъ міомъ. По своему мѣстоположенію въ маткѣ міомы дѣлятся на *подслизистыя*, *межстѣночныя* (межстѣночныя) и *подбрюшинныя*.

Строго говоря, подбрюшинными слѣдуетъ считать только тѣ міомы, которыя прикрыты исключительно брюшиной и свѣшиваются на ножкѣ въ брюшную полость; подслизистыми — такія, которыя свѣшиваются въ полость матки на ножкѣ, состоящей изъ маточной мускулатуры и слизистой оболочки. Въ дѣйствительности же къ подбрюшиннымъ міомамъ относятъ и тѣ, которыя выдаются значительнымъ сегментомъ надъ наружной стѣнкой матки и прикрыты непосредственно только брюшиной; къ подслизистымъ міомамъ относятъ также тѣ опухоли, которыя растутъ по направленію къ полости матки и выдаются по направленію къ послѣдней почти половиной своего объема. Міомы, растущія изъ боковой поверхности матки и въ дальнѣйшемъ своемъ ростѣ раздвигающія листки широкой связки — называются межсвязочными. Первоначально всѣ міомы, какъ подбрюшинныя, такъ и подслизистыя расположены межстѣнно, т.-е. первичный міоматозный узелокъ расположенъ въ мышечной оболочкѣ матки, представляющей изъ себя паренхиму органа, и окруженъ со всѣхъ сторонъ мышечными перекладинами; развиваясь больше въ направленіи *locus minoris resistentiae*, опухоль въ дальнѣйшемъ своемъ ростѣ постепенно достигаетъ брюшинной или слизистой оболочки матки, разрываетъ прикрывающій ее тонкій мышечный слой и рождается въ брюшную полость или полость матки, оставаясь, однако, въ соединеніи съ послѣдней при помощи ножки, въ которой проходятъ питающіе опухоль сосуды.

Большинство міомъ круглой или нѣсколько овальной формы, но встрѣчаются и грушевидныя или имѣющія форму песочныхъ часовъ.

Консистенція міомъ зависитъ отъ количества содержащейся въ нихъ соединительной ткани; чѣмъ больше въ нихъ соединительной ткани,

тѣмъ онѣ плотнѣе, и наоборотъ; встрѣчаются такія твердыя міомы, что съ трудомъ поддаются дѣйствию ножа.

Цвѣтъ болѣе мягкихъ, богатыхъ клѣтками міомъ на разрѣзѣ красновато-сѣрый или чисто-розовый, цвѣтъ же фиброзныхъ міомъ сѣровато-бѣлый или блестяще-бѣлый.

Вторичныя измѣненія встрѣчаются въ міомахъ очень часто, по нѣкоторымъ авторамъ въ 30% случаевъ; возрастъ отъ 40 до 45 лѣтъ и въ особенности климактерическій періодъ предрасполагають къ перерожденію міомъ. Міомы подвергаются фиброзному перерожденію, атрофіи, обызвествленію и окостенѣнію, жировой инфильтраціи и жировому перерожденію, слизистому перерожденію, гіалиновому и амилоидному перерожденію, некрозу, воспалительнымъ измѣненіямъ, нагноенію и гангренѣ.

Міомы могутъ осложняться другими заболѣваніями — туберкулезомъ, ракомъ и саркомой. Туберкулезъ въ формѣ творожистыхъ гнѣздъ встрѣчается въ міомахъ одновременно съ туберкулезомъ матки и трубъ. Ракъ распространяется на міому непосредственно или со слизистой оболочки полости матки, или съ шейки матки, или же является въ формѣ переноса при ракѣ яичника; совершенно неправиленъ взглядъ, что міомы могутъ подвергнуться раковому перерожденію, такъ какъ ракъ не имѣетъ гистогенетически никакого отношенія къ тканямъ, изъ которыхъ состоятъ міомы. Саркома слизистой оболочки матки можетъ также распространяться и на міому, хотя съ другой стороны извѣстны случаи развитія первичныхъ саркомъ изъ соединительной ткани, заключающейся въ міомѣ, или изъ самой міомы, такъ что эти случаи, несомнѣнно, можно разсматривать, какъ саркоматозное перерожденіе міомъ. Вопросъ о существованіи „злокачественныхъ міомъ“ до сихъ поръ еще окончательно не рѣшенъ; мнѣ лично, ни клинически, ни патолого-анатомически не пришлось наблюдать злокачественной міомы.

Метастазы злокачественныхъ опухолей въ міомахъ матки наблюдаются сравнительно довольно часто, и взглядъ *Schmorl*'я, что міомы матки особенно предрасположены къ образованію въ нихъ метастазовъ, подтверждается цѣлымъ рядомъ наблюденій; такъ, напримѣръ, описаны случаи эмболическихъ метастазовъ въ міомахъ при первичномъ ракѣ легкаго, желудка (2 случая), грудной железы, влагалищной части матки.

Встрѣчаются міомы, заключающія въ себѣ железистыя образованія; эти міомы съ точки зрѣнія патолого-анатомической должны быть выдѣлены въ отдѣльную группу *аденоміомъ (adenomyoma)*. Относительно происхожденія железъ въ этихъ міомахъ существуетъ цѣлый рядъ гипотезъ: по однимъ авторамъ эти железистыя образованія находятся въ связи съ железами слизистой оболочки матки, по другимъ они происходятъ изъ остатковъ *Müller*'овыхъ ходовъ, по третьимъ изъ остатковъ *Gartner*'овыхъ ходовъ, по четвертымъ — изъ остатковъ пер-

вичной почки и т. д. Раковые разрастания встрѣчаются въ аденомиомахъ крайне рѣдко. Описано 2—3 случая саркоматозныхъ аденомиомъ.

Всякая міома, достигшая болѣе или менѣе значительной величины, измѣняетъ форму матки, и матка иногда является какъ бы небольшимъ придаткомъ къ міомѣ; въ нѣсколькихъ случаяхъ міомы обусловили полный выворотъ матки; описанъ цѣлый рядъ случаевъ перекручивания матки въ зависимости отъ міомы; наблюдались даже случаи полного отдѣленія пораженной міомами матки отъ шейки.

Міомы оказываютъ большое вліяніе не только на конфигурацію матки, но и на состояніе мышечной и слизистой оболочки матки, на трубы и яичники. Измѣненія, которыя происходятъ въ мускулатурѣ матки при міомахъ, подобны тѣмъ, которыя происходятъ въ маткѣ при беременности; матка относится къ міомамъ, какъ къ инородному тѣлу, и старается при помощи мышечныхъ сокращеній освободиться отъ него, въ результатѣ чего получается отъ усиленной работы мышцъ функціональная гипертрофія и гиперплазія мускулатуры матки. Конечно, подслизистыя и межстѣнчныя міомы оказываютъ въ этомъ отношеніи болѣе сильное вліяніе, чѣмъ подбрюшинныя. При очень большихъ міомахъ мышечная оболочка все болѣе и болѣе растягивается, превращается въ тоненькую пластинку и мѣстами совершенно разрушается. Вслѣдствіе прижатія венозныхъ сосудовъ развивается функціональная гипертрофія артерій и вмѣстѣ съ тѣмъ пассивная и активная гиперемія, ведущая къ кровотечениямъ.

Міомы, вызывая гиперемію слизистой оболочки матки, ведутъ либо къ разлитой гипертрофіи послѣдней, либо къ гипертрофіи железъ; съ дальнѣйшимъ ростомъ міомы все болѣе и болѣе растягиваютъ слизистую оболочку и ведутъ къ атрофіи ея; при еще большемъ ростѣ міомы атрофируется не только слизистая оболочка, прикрывающая ее, но и слизистая оболочка противоположной стѣнки матки. Менѣе всего вліяютъ на слизистую оболочку матки подбрюшинныя міомы.

Міомы вызываютъ, съ одной стороны, чисто механически гиперемію, въ особенности застойныя явленія въ маломъ тазу; съ другой стороны, благодаря давленію на кишечникъ и образованію сращеній съ нимъ, даютъ возможность проникновенію изъ кишечника микроорганизмовъ и ведутъ, такимъ образомъ, къ всевозможнымъ формамъ воспаленія придатковъ. Какойнибудь специальной формы заболѣваній придатковъ, обусловленной міомами, не существуетъ; со стороны трубъ чаще всего встрѣчается *endosalpingitis* или *salpingitis interstitialis*. Яичники почти всегда увеличены; увеличение это находится отчасти въ зависимости отъ размноженія и увеличенія фолликуловъ, отчасти отъ размноженія интерстиціальной ткани; строма инфильтрирована мелкими кѣтками, сосуды гіалиново перерождены, просвѣтъ ихъ часто суженъ и непроходимъ; всегда наблюдается преждевременное исчезновеніе первичныхъ фолликуловъ и значительное размноженіе *corpora fibrosa*. Въ

нѣкоторыхъ случаяхъ воспаленіе яичника ведетъ къ быстрому фиброзному перерожденію ихъ и гибели яичекъ.

Матка является тѣмъ органомъ человѣческаго тѣла, въ которомъ содержится наибольшее количество гладкихъ мышечныхъ волоконъ, и вмѣстѣ съ тѣмъ міомы чаще всего встрѣчаются въ маткѣ, — отсюда напрашивается прямой выводъ, что міомы развиваются изъ мускулатуры матки; однако, есть цѣлый рядъ авторовъ, старающихся доказать, что міомы матки развиваются не изъ мускулатуры ея, а изъ мышечныхъ волоконъ стѣнокъ сосудовъ. Существуетъ, наконецъ, пока еще мало обоснованная теорія о паразитарномъ происхожденіи міомъ матки. Первая теорія, высказанная впервые *Virchow'ымъ* и подтвержденная микроскопически его учениками, является въ настоящее время господствующею.

Въ этиологіи міомъ матки, какъ и опухолей вообще, очень много еще не вполне яснаго, и поэтому, говоря о причинахъ происхожденія міомъ матки, придется ограничиться перечисленіемъ предрасполагающихъ моментовъ. Къ предрасполагающимъ моментамъ относится возрастъ больныхъ: чаще всего міомы встрѣчаются въ возрастѣ отъ 30 до 50 лѣтъ; до наступленія половой зрѣлости міомы не встрѣчаются, въ климактерическомъ возрастѣ развиваются довольно рѣдко, и потому міомы по справедливости могутъ быть названы опухолями менструирующей матки. Къ предрасполагающимъ моментамъ со стороны самой матки должны быть отнесены пороки развитія ея, болѣзненные измѣненія со стороны стѣнокъ матки, извѣстныя подъ именемъ *subinvolutio* послѣ выкидышей и родовъ, какъ равно и разстройство кровообращенія въ нихъ подъ вліяніемъ существующихъ по сосѣдству патологическихъ процессовъ, какъ напр., растущихъ опухолей яичниковъ и новообразованій шейки матки. По наблюденіямъ нѣкоторыхъ авторовъ большую роль въ происхожденіи міомъ играетъ наследственность: описаны цѣлыя семьи, гдѣ всѣ женщины страдали міомами матки. Большое значеніе приписываютъ также чрезмѣрному и продолжительному половому возбужденію у дѣвственницъ, мастурбаціи, половымъ сношеніямъ съ мужемъ, менѣе способнымъ къ отправленію супружескихъ обязанностей, чѣмъ того требуетъ состояніе половой сферы жены, частымъ попыткамъ къ сношенію съ мужемъ-импотентомъ или неполнымъ сношеніямъ (*coitus interruptus*) изъ боязни беременности.

До послѣдняго времени очень распространено было мнѣніе, что безплодіе является однимъ изъ главныхъ предрасполагающихъ моментовъ въ этиологіи міомъ матки и что тѣ силы матки, которыя находятъ нормальный выходъ во время беременности и родовъ, въ случаяхъ безплодія даютъ толчокъ къ развитію міомъ; статистическія данныя говорятъ противъ этого, такъ какъ гораздо болѣе половины больныхъ, страдающихъ міомами — женщины рожавшія или выкидышавшія; если проценты нерожавшихъ среди страдающихъ міомами нѣсколько

болѣе средняго процента безплодныхъ женщинъ, то это объясняется тѣмъ, что безплодіе нерѣдко является слѣдствіемъ присутствія опухоли, а не причиной, предрасполагающей къ развитію ея.

Міомы матки вызываютъ три главныхъ симптома: кровотеченіе, боли и функціональныя разстройства отъ давленія на сосѣднія съ маткой органы и измѣненія пространственныхъ отношеній въ брюшной полости. О причинахъ кровотеченій изъ слизистой оболочки матки при міомахъ мы говорили уже выше; кровотеченіе бываетъ сильнѣе всего при подслизистыхъ полипахъ, родившихся уже въ просвѣтъ влагалища или находящихся еще въ періодѣ прорѣзыванія во влагалище; далѣе слѣдуютъ по силѣ кровотеченія всѣ подслизистыя и межучочныя міомы; кровотеченія нѣтъ или можетъ не быть при подбрюшинныхъ міомахъ.

Боли могутъ обусловливаться самыми различными причинами, могутъ имѣть схваткообразный характеръ, могутъ быть вызваны давленіемъ на сосѣдніе органы, ущемленіемъ опухоли въ тазу или перекручиваніемъ ея; боли, слѣдовательно, могутъ вызываться всѣми видами міомъ. Функціональныя разстройства сосѣднихъ органовъ и измѣненіе пространственныхъ отношеній въ брюшной полости находятся въ исключительной зависимости отъ величины опухоли.

Первый симптомъ, который обращаетъ на себя вниманіе больной и заставляетъ ее обратиться къ врачу—это усиленное выдѣленіе крови изъ половыхъ органовъ; вначалѣ менструальныя періоды удлинняются, количество теряемой крови увеличивается, промежутки между менструальными періодами укорачиваются; иногда во время менструальнаго періода появляются настоящія кровотеченія (*menorrhagia*). Въ дальнѣйшемъ можетъ совершенно потеряться менструальный типъ кровотеченій и онѣ съ особенной силой наступаютъ въ промежуткѣ между двумя менструаціями (*metrorrhagia*), слѣдуютъ обыкновенно толчками, такъ что непродолжительный чистый промежутокъ смѣняется внезапнымъ выдѣленіемъ большого количества жидкой или свернувшейся крови. Выдѣляется ли кровь въ жидкомъ видѣ или въ сгусткахъ, не имѣетъ большого значенія; отчасти это зависитъ отъ величины полости матки (кровь можетъ скопиться и выдѣлиться только послѣ того, какъ она свернулась), отчасти отъ состоянія брюшного пресса: при широкомъ влагалищѣ и расслабленіи брюшного пресса, жидкая кровь можетъ въ значительномъ количествѣ скопиться во влагалищѣ и свернуться здѣсь раньше, чѣмъ успѣетъ выдѣлиться подъ вліяніемъ сокращеній брюшного пресса.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ кровь выдѣляется изъ матки въ большихъ или меньшихъ количествахъ почти непрерывно. Менструальныя кровопотери, продолжающіяся за тотъ періодъ, когда должна была бы при нормальныхъ условіяхъ установиться менопауза, чаще всего указываютъ на присутствіе въ маткѣ міомъ; кровопотери, являющіяся въ періодѣ уже установившейся менопаузы, почти всегда указываютъ на



злокачественныя измѣненія въ слизистой оболочкѣ полости матки. Небольшія кровопотери непосредственно послѣ coitus'a также перѣдко указываютъ на злокачественный характеръ заболѣванія.

Въ промежуткахъ между кровотеченіями выделяются бѣли — катарральный продуктъ слизистой оболочки матки; при нѣкоторыхъ міомахъ бѣлей бываетъ очень немного, при другихъ — громадное количество.

Къ числу довольно постоянныхъ симптомовъ, сопровождающихъ развитіе міомъ, какъ я уже сказалъ выше, относятся болевья ощущенія. Небольшой величины опухоль, разрастаясь въ толщѣ стѣнки матки и насильственно растягивая ее, вызываетъ различной интенсивности боли, существующія болѣе или менѣе постоянно и значительно обостряющіяся во время менструальнаго періода; боли при этомъ чаще всего имѣютъ характеръ схваткообразный, такъ какъ матка старается при помощи сокращеній освободиться отъ міомы, какъ отъ инороднаго тѣла. Съ увеличеніемъ опухоли въ объемѣ и превращеніемъ ея въ подбрюшинную — боли эти ослабѣваютъ, но зато съ дальнейшимъ ростомъ подбрюшинныхъ опухолей къ болямъ, вызываемымъ самой опухолью, присоединяются еще боли, обусловливаемые воспалительными процессами въ брюшинѣ, прикрывающей опухоль и близлежащіе органы, — боли периметрическаго характера. Подслизистыя міомы еще въ большей степени, чѣмъ межучочныя, вызываютъ сократительную дѣятельность матки и обусловленные ею схваткообразныя боли.

Міомы матки, достигая значительной величины, вызываютъ рядъ болѣзненныхъ ощущеній, свойственныхъ всѣмъ вообще большимъ опухолямъ полости живота: ощущеніе тяжести и полноты въ животѣ, боли въ крестцѣ, напираніе на низъ и мѣстныя периметритическія боли. Вслѣдствіе давленія на нервные стволы и кровеносные сосуды развиваются различнаго рода невралгіи, парезы и отеки нижнихъ конечностей.

При ущемленіи міомы въ маломъ тазу или при перекручиваніи ея развиваются явленія раздраженія и воспаленія брюшины — боли по всему животу, тошнота, рвота и т. д.

Внезапное появленіе болей въ міомѣ, которая въ продолженіи многихъ лѣтъ не давала никакихъ симптомовъ, служитъ, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, указаніемъ на начинающееся злокачественное перерожденіе ея.

Изъ сосѣднихъ съ маткой органовъ міомы, достигшія извѣстной величины, вызываютъ наибольшія разстройства со стороны мочевого пузыря, выражающіяся, главнымъ образомъ, въ формѣ учащенныхъ и болѣзненныхъ позывовъ на мочу; иногда развивается полная задержка мочи отъ сдавленія шейки пузыря и мочеиспускательнаго канала; при ущемленіи опухоли въ маломъ тазу развивается иногда полная непроходимость одного или обоихъ мочеточниковъ съ послѣ-

дующими явлениями воспаления лоханокъ и почекъ, ведущими иногда къ смерти при явленияхъ уремии.

Давленіе опухоли на прямую кишку обуславливаетъ развитіе привычныхъ запоровъ и геморроидальныхъ явленій. При ущемленіи опухоли въ маломъ тазу одна изъ петель тонкихъ кишекъ можетъ быть прижата до полного уничтоженія просвѣта—развивается картина непроходимости кишекъ (ileus); болѣе частой причиною непроходимости кишекъ при міомахъ матки служатъ тяжеобразныя ложныя перепонки брюшины и обуславливаемая ими возможность перегиба или перекручиванія кишечныхъ петель.

При самыхъ сильныхъ степеняхъ ущемленія опухоли въ маломъ тазу могутъ узурироваться сосѣдніе полые органы и образоваться свищи.

Появленіе свободной жидкости въ брюшной полости находится въ зависимости или отъ процессовъ перерожденія въ самой опухоли, или же отъ извѣстной степени общей анеміи, или же, наконецъ, отъ хроническихъ воспалительныхъ измѣненій брюшины.

Если небольшая міома, бывшая до того мало болѣзненной, начинаетъ вызывать сильныя боли — можетъ появиться подозрѣніе о злокачественномъ перерожденіи опухоли; если при этомъ опухоль быстро растетъ, развивается кахексія, скопляется свободная жидкость въ брюшной полости — наше подозрѣніе переходитъ въ полную увѣренность.

До сихъ поръ мы останавливались на симптомахъ со стороны матки и сосѣднихъ съ ней органовъ, но кромѣ нихъ міомы даютъ еще цѣлый рядъ симптомовъ, и очень серьезныхъ, со стороны болѣе отдаленныхъ органовъ. При большихъ опухоляхъ развиваются затрудненія дыханія (отдышка); иногда являются астматическіе приступы, особенно у лицъ, относительно молодыхъ (до 30 лѣтъ), страдающихъ міомами, хотя нельзя отрицать, что въ этихъ случаяхъ помимо міомы играетъ извѣстную роль и неврастеническое предрасположеніе.

Въ мускулатурѣ сердца больныхъ, страдавшихъ міомами матки, находятъ часто дегенеративныя измѣненія — бурую атрофію и жировое перерожденіе, вызванныя большими потерями крови. Нерѣдко у больныхъ съ міомами матки находятъ болѣзни сердца и нѣкоторые авторы высказываютъ предположеніе, что въ этихъ случаяхъ причина развитія міомъ и заболѣваній сердца должна быть общая; предположеніе это пока еще имѣетъ за себя мало данныхъ, но во всякомъ случаѣ вопросъ о соотношеніи между сердцемъ и міомами матки представляется въ высшей степени интереснымъ.

Со стороны почекъ нерѣдко наблюдается уменьшеніе количества мочи, легкая альбуминурія — что нужно имѣть въ виду при вопросѣ о наркозѣ; иногда встрѣчаются и болѣе серьезныя заболѣванія почекъ. Функціональныя разстройства въ центральной нервной системѣ могутъ обуславливаться ослабляющимъ дѣйствіемъ міомъ, психозы же



и общіе невроты иѣтъ, хотя описаны случаи психозовъ у больныхъ съ міомами матки и даже случаи излеченія отъ психоза послѣ удаленія міомы; однако, ставить въ прямую зависимость эти явленія нѣтъ никакихъ основаній.

Изъ общихъ явленій, вызываемыхъ міомами, стоитъ на первомъ планѣ анемія, достигающая иногда колоссальныхъ размѣровъ въ зависимости отъ формы міомы и обуславливаемыхъ ею кровотеченій.

Нагноенія, омертвѣнія, разнаго рода перерожденія и регрессивныя измѣненія міомъ никакихъ специальныхъ симптомовъ не вызываютъ и даютъ явленія, свойственныя, вообще, этимъ измѣненіямъ, въ какомъ бы органѣ онѣ не встрѣчались.

На явленіяхъ, обуславливаемыхъ осложненіемъ міомъ беременностью, мы въ настоящемъ очеркѣ останавливаться не будемъ.

Распознаваніе міомъ матки особенныхъ трудностей не представляетъ, хотя и встрѣчаются случаи, гдѣ, несмотря на примѣненіе всѣхъ методовъ изслѣдованія, діагнозъ остается неяснымъ, и правильное распознаваніе ставится только на операціонномъ столѣ.

Для правильнаго распознаванія приходится прибѣгать къ наружному и комбинированному ручному изслѣдованію, инструментальному изслѣдованію, изслѣдованію черезъ прямую кишку; въ затруднительныхъ случаяхъ приходится прибѣгнуть къ наркозу. Иногда приходится больную оставлять на болѣе или менѣе продолжительное время подъ своимъ наблюденіемъ и только, благодаря повторнымъ изслѣдованіямъ, выясняется истинный характеръ заболѣванія. Жалобы больной, указанія на неправильности менструаціи, на кровотечения, общее состояніе больной, присутствіе или отсутствіе кахексіи, наличность большей или меньшей степени анеміи — все это имѣетъ громадное значеніе для распознаванія міомъ. При наружномъ изслѣдованіи должна быть найдена опухоль или, по крайней мѣрѣ, увеличенная и плотная матка во входѣ или надъ входомъ въ тазъ. При двойномъ изслѣдованіи важно опредѣлить консистенцію и бугристость опухоли, ея связь съ тѣломъ матки, тѣ или другія измѣненія конфигураціи послѣдней, направленіе полости матки и, что особенно важно, нужно стараться найти рядомъ съ опухолью нормальные или измѣненные яичники. Для дифференціальной діагностики между міомой и беременностью большую пользу приносятъ иногда выслушиваніе опухоли. При внутриматочныхъ опухоляхъ иногда недостаточно одного изслѣдованія зондомъ, а приходится обьизслѣдовать пальцемъ полость матки, что иногда удается сдѣлать во время менструаціи или только послѣ предварительнаго расширенія матки.

Для опредѣленія истиннаго характера полипозныхъ опухолей шейки и влагалищной части матки приходится иногда прибѣгнуть къ помощи микроскопа. О распознаваніи злокачественнаго перерожденія міомъ мы уже говорили выше при изложеніи симптомовъ этихъ опухолей.

Міомы относятся къ доброкачественнымъ опухолямъ, т.-е. онѣ не

даютъ переносовъ въ близлежащіе или отдаленные органы, ни возвратовъ послѣ ихъ удаленія, поэтому предсказаніе при нихъ, въ общемъ, довольно благопріятное. Если міома вызываетъ явленія значительнаго малокровія, являются малобілііе признаки пораженія сердечной мышцы, разстройствъ со стороны почекъ, если размѣры опухоли настолько велики, что угрожаютъ явленія ущемленія опухоли и непроходимости соеѣдинныхъ органовъ, и если при этомъ возрастъ больной еще не близокъ къ климактерическому, когда можно надѣяться на остановку роста опухоли и ослабленіе вызываемыхъ ею явленій, то предсказаніе становится уже болѣе серьезнымъ. Такимъ образомъ, невозможно выработать общія правила для предсказанія при міомахъ матки и каждый случай приходится индивидуализировать въ этомъ отношеніи. Соціальное положеніе больной также играетъ нѣкоторую роль при нашемъ предсказаніи, такъ какъ нашъ прогнозъ долженъ касаться не только жизни больной, но и вопроса о сохраненіи ея полной трудоспособности. Для всѣхъ тѣхъ случаевъ, гдѣ мы можемъ поставить благопріятный въ смыслѣ теченія прогнозъ, мы считаемъ достаточнымъ симптоматическое и палліативное леченіе; для тѣхъ же случаевъ, гдѣ предсказаніе менѣе благопріятно, считаемъ вполнѣ показаннымъ радикальное вѣдѣтельство, т.-е. удаленіе самаго источника страданій и опасности, полагая, конечно, что сама операція представляется менѣе опасной для жизни, чѣмъ дальнѣйшее существованіе опухоли.

Формулировать показанія къ тому или другому способу леченія міомъ матки не такъ легко, какъ при ракъ матки или опухоляхъ яичниковъ; въ послѣднихъ случаяхъ мы должны поступить какъ можно болѣе радикально — удалить цѣликомъ матку или перерожденный яичникъ; при міомахъ же нашъ образъ дѣйствій зависить исключительно отъ тяжести и прогрессированія симптомовъ. Есть гинекологи, правда единичные, которые находятъ, что къ міомамъ слѣдуетъ относиться такъ же, какъ къ ракамъ матки, т.-е., что всякая матка, пораженная міомой, должна быть удалена, подобно раковой, вся цѣликомъ. Мотивы, приводимые ими въ доказательство правильности этого взгляда (оставленіе незамѣченныхъ міоматозныхъ узелковъ, злокачественное перерожденіе кистъ и т. п.), не выдерживаютъ строгой критики и громадное большинство гинекологовъ индивидуализируетъ свое отношеніе къ каждому случаю въ отдѣльности. Я лично подвергаю оперативному леченію далеко не всѣхъ больныхъ, страдающихъ міомами матки, и изъ обращающихся ко мнѣ больныхъ мною радикально оперировано не болѣе <sup>1</sup> в всѣхъ случаяхъ, всѣ же остальные подвергнуты или палліативно-симптоматическому леченію или же оставлены безъ всякаго леченія, подѣ наблюденіемъ за дальнѣйшимъ ростомъ опухоли и прогрессированіемъ симптомовъ, зависящихъ отъ нея; а такъ какъ величина опухоли перѣдко въ продолженіе многихъ лѣтъ не измѣняется и разстройствъ она не причиняетъ никакихъ, то и въ даль-

прійдемъ въ этихъ случаяхъ не требуется никакого леченія, кромѣ нѣкоторыхъ гигиеническихъ и діетическихъ указаній. При появленіи симптомовъ со стороны матки (кровотеченія) или сосѣднихъ органовъ, я приступаю къ симптоматическому (лекарственному) и паллиативному (оперативному) леченію; и только при безуспѣшности этого леченія и появленіи первыхъ признаковъ разстройствъ со стороны общаго состоянія больной или угрожающихъ измѣненій со стороны самой опухоли (быстрый ростъ, перерожденія) приступаю къ радикальному вмѣшательству.

Лекарственныхъ средствъ, которыя вполнѣ излечивали бы міомы матки, не существуетъ; одно время, съ легкой руки *Hildebrandt'a*, считали, что *ergotin* есть специфическое средство, которымъ можно безъ кровнымъ способомъ привести къ полному излеченію міомъ, но дальнѣйшія наблюденія показали, что не существуетъ ни одного случая полного излеченія міомы *ergotin*'омъ. Симптоматически, какъ кровоостанавливающее и сокращающее матку средство, *ergotin* оказывается во многихъ случаяхъ вполнѣ подходящимъ лекарствомъ: подъ вліяніемъ систематическаго примѣненія *ergotin*'а ростъ опухоли иногда замедляется, кровотеченія прекращаются, и, если намъ удастся такимъ образомъ довести больную до наступленія климактерическаго періода, когда ростъ опухоли большей частью самъ собою останавливается, мы не можемъ не признать въ этихъ случаяхъ полезнаго дѣйствія *ergotin*'а.

На другихъ лекарственныхъ средствахъ, предложенныхъ для излеченія міомъ матки, мы совершенно не будемъ останавливаться, такъ какъ онѣ въ этомъ отношеніи еще менѣе дѣйствительны нежели *ergotin*.

Увлеченіе органотерапіей коснулось и леченія міомъ, но пока не дало никакихъ положительныхъ результатовъ.

Въ случаяхъ, гдѣ по какимъ-нибудь причинамъ невозможно прибѣгнуть къ оперативному леченію, приходится, конечно, примѣнять чисто симптоматическія средства — кровоостанавливающія, наркотическія, укрѣпляющія и т. д. Одно время полагали, что въ электричествѣ нашли специфическое средство для излеченія міомъ матки.

Методъ *Apostoli*, имѣвшій въ восьмидесятыхъ — девяностыхъ годахъ прошлаго столѣтія громадное число приверженцевъ среди врачей и, особенно, среди самихъ больныхъ, представляетъ въ настоящее время только историческій интересъ; введеніе синусоидальныхъ токовъ также не дало ожидавшихся отъ нихъ результатовъ. А между тѣмъ оперативная техника съ каждымъ годомъ настолько улучшалась, процентъ смертности отъ оперативнаго леченія міомъ матки настолько понизился, что гинекологи перестали совершенно интересоваться методами некроваго леченія міомъ, тѣмъ болѣе, что и электричество въ самыхъ лучшихъ случаяхъ давало только чисто симптоматическій эффектъ въ смыслѣ уменьшенія кровотеченій и болѣе, улучшенія об-

щаго состоянія, но эффектъ этотъ продолжался не долго, прежніе симптомы снова возвращались и, въ концѣ концовъ, приходилось прибѣгать къ радикальному оперативному вмѣшательству.

Чисто симптоматическое значеніе имѣютъ и нѣкоторые оперативные приемы; симптомъ, противъ котораго направлены эти приемы — кровотеченія, являющіяся самымъ серьезнымъ и самымъ тягостнымъ симптомомъ при міомахъ матки, дающимъ въ общемъ состояніи больныхъ наиболѣе глубокія измѣненія, которыя въ конечномъ результатѣ и ведутъ къ печальному исходу болѣзни. Изъ паллиативныхъ операций наибольшимъ распространеніемъ пользуются выскабливаніе слизистой оболочки полости матки, наименьшимъ — перевязка идущихъ къ маткѣ артерій. Выскабливаніе матки, произведенное послѣ предварительнаго расширенія матки, даетъ часто прекрасный эффектъ и кровотечения или совершенно исчезаютъ, или, по крайней мѣрѣ, значительно уменьшаются, но приемъ этотъ применимъ не для всѣхъ видовъ міомъ и далеко не безопасенъ; при подслизистыхъ міомахъ, значительно измѣняющихъ конфигурацію полости матки, какъ расширение ея, такъ, особенно, удаленіе *всей* измѣненной слизистой оболочки не всегда удается; съ другой же стороны при удаленіи слизистой оболочки матки мы обнажаемъ участки самой опухоли, разрушаемъ окружающую ее капсулу, измѣняемъ условія питанія этихъ обнаженныхъ участковъ опухоли и создаемъ, такимъ образомъ, благоприятную питательную среду для могущихъ туда проникнуть микроорганизмовъ. Въ прежнее время наблюдались нерѣдко случаи нагноенія міомъ послѣ выскабливанія; при современныхъ условіяхъ асептики случаи эти встрѣчаются крайне рѣдко, но все же возможность такой случайности нужно имѣть въ виду. Вслѣдствіе этихъ двухъ причинъ нѣкоторые гинекологи считаютъ необходимымъ предварительно настолько расширить полость матки, чтобы ее можно было обѣзсѣдывать пальцемъ и только при отсутствіи подслизистой или подпозной міомы, т.-е. только при кровотеченияхъ обусловленныхъ межстѣночными міомами считаютъ показаннымъ и безопаснымъ выскабливаніе матки. Мнѣ лично въ такихъ случаяхъ выскабливаніе давало неоднократно прекрасные результаты; къ выскабливанію я прибѣгаю въ тѣхъ случаяхъ интерстиціальнахъ міомъ, гдѣ кровотечения являются единственнымъ симптомомъ болѣзни, со стороны общаго состоянія больной и отдаленныхъ органовъ нѣтъ еще никакихъ расстройствъ, а между тѣмъ больная близка къ климактерическому возрасту и цѣль наша, къ которой мы должны стремиться, заключается въ томъ, чтобы періодъ этотъ наступилъ скорѣе и съ наименьшей потерей силъ больной; мнѣ встрѣчались случаи, гдѣ приходилось у больной два-три раза производить въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ выскабливаніе по поводу кровотеченій при небольшой межстѣночной міомѣ, и такимъ образомъ доводить больную до климактерическаго періода безъ болѣе радикальнаго вмѣшательства. Иногда приходится ограничиться вы-

скабливаніемъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ радикальная операція противопоказана вслѣдствіи серьезныхъ измѣненій въ общемъ состояніи больныхъ (сильное малокровіе), или измѣненій въ отдаленныхъ органахъ (сердце, почки, легкіе), а между тѣмъ кровотеченія принимаютъ характеръ опасный для жизни больной. Нѣкоторые гинекологи въ такихъ случаяхъ замѣняютъ выскабливаніе слизистой оболочки матки разрушеніемъ ея при помощи пара (*atmokaussis* и *zestokaussis*); результаты, достигнутые этимъ путемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ не оставляли желать ничего лучшаго, но методъ пока еще не вошелъ во всеобщее употребленіе, хотя передъ выскабливаніемъ представляетъ тѣ преимущества, что при какой бы то ни было извилистости полости матки паромъ можетъ быть уничтожена вся слизистая оболочка, чего нельзя достигнуть острой ложечкой.

Вторая изъ палліативныхъ операцій — перевязка артерій идущихъ къ маткѣ — почти всѣми въ настоящее время оставлена: если для перевязки сосудовъ вскрыта брюшная полость (со стороны влагалища или передней брюшной стѣнки), то при современныхъ условіяхъ оперированія міомъ матки несомнѣнно правильнѣе попытаться радикально излечить больную, удаливъ опухоль или больной органъ, а не ограничиться палліативной операціей — перевязкой сосудовъ, — къ тому же часто не ведущей къ цѣли (остановкѣ роста опухоли и ослабленію причиняемыхъ ею страданій).

Въ тѣхъ случаяхъ міомъ матки, гдѣ ни симптоматическое, ни палліативное леченіе не ведетъ къ устраненію разстройствъ, причиняемыхъ опухолью, а между тѣмъ общее состояніе больной и измѣненія въ самой опухоли требуютъ настоятельно нашего вмѣшательства, остается обратиться къ радикальному оперативному леченію — удаленію самой опухоли или всего больного органа. Число случаевъ, гдѣ требуется радикальная операція сравнительно съ общимъ числомъ больныхъ, страдающихъ міомами матки, въ среднемъ не велико, но у отдѣльныхъ хирурговъ-гинекологовъ колеблется въ довольно широкихъ предѣлахъ — отъ 14 до 61% всего числа міоматозныхъ больныхъ, обратившихся къ нимъ за помощью; есть гинекологи, которые считаютъ необходимымъ при всякой распознанной міомѣ матки полное удаленіе заболѣвшаго органа, но такихъ гинекологовъ въ настоящее время очень немного. Какъ я уже упоминалъ выше, мнѣ лично пришлось прибѣгнуть къ радикальной операціи почти только въ  $\frac{1}{3}$  всѣхъ случаевъ міомъ матки, находившихся подъ моимъ наблюденіемъ. Радикальная операція заключается или въ удаленіи самой опухоли, связанной съ маткой болѣе или менѣе длинной ножкой (подбрюшинныя и подслизистыя полипозныя міомы матки); или вылуценіи одного или нѣсколькихъ міоматозныхъ узловъ, расположенныхъ на болѣе или менѣе широкомъ основаніи подъ брюшиной или подъ слизистой оболочкой или же межстѣнно (межстѣнныя или интерстиціальныя міомы); при больномъ количествѣ отдѣльныхъ узловъ, когда нѣтъ

увѣренности, что удастся вылучить *всѣ* узлы, или когда при вылученіи ихъ можетъ быть вскрыта на болѣе или менѣе значительномъ протяженіи полость матки, лучше удалить все тѣло матки, ампутировавши его отъ шейки надъ влагалищемъ; если отдѣльные узлы исходятъ изъ шейки матки и изолированное вылученіе ихъ невозможно, приходится экстирпировать всю матку цѣликомъ; при міомахъ, развившихся изъ боковой стѣнки матки и расположенныхъ между листками широкой связки, можно ограничиться вылученіемъ одной опухоли съ сохраненіемъ самого органа.

Если по вопросу о показаніяхъ къ радикальному оперативному вмѣшательству взглядъ громаднаго большинства гинекологовъ почти сходится, то по вопросу о примѣненіи того или другого метода операціи (надвлагалищной ампутаціи или полнаго вылученія матки) и въ особенности на счетъ пути операціи (черезъ переднюю брюшную стѣнку или влагалище) существуетъ еще значительное разногласіе и споры о преимуществахъ того или другого метода, того или другого пути продолжаютъ еще до настоящаго времени. По вопросу о способахъ удаленія міомъ, сидящихъ на ножкѣ, споровъ въ настоящее время нѣтъ: ножка должна быть перевязана въ нѣсколько пучковъ и опухоль удалена; я, лично, при полипозныхъ подбрюшинныхъ міомахъ стараюсь образовать манжетку изъ брюшины, покрывающей ножку, и обшить ею культю. При подслизистыхъ полипозныхъ міомахъ, сидящихъ высоко въ полости матки, стараются открыть себѣ доступъ къ ножкѣ при помощи разрѣзовъ шейки или временной передней гистеротоміи; такимъ же путемъ удаляются изъ полости матки подслизистыя міомы, сидяція на широкомъ основаніи и выдающіяся въ просвѣтъ полости матки. Подбрюшинныя міомы, сидяція на широкомъ основаніи и выдающіяся надъ поверхностью матки въ свободную брюшную полость, удаляются путемъ вылученія и послѣдовательнаго зашиванія ложа опухоли. Межстѣночныя (интерстиціальныя) міомы одни гинекологи стараются по мѣрѣ возможности удалить также путемъ вылученія и зашиванія ложа опухоли, и только при очень большомъ числѣ отдѣльныхъ узловъ и большомъ вѣроятіи вскрытія полости матки, прибѣгаютъ либо къ надвлагалищной ампутаціи матки, либо къ полному удаленію ея; другіе же гинекологи въ такихъ случаяхъ принципиально удаляютъ весь органъ, исходя изъ того положенія, что при вылученіи отдѣльныхъ узловъ, легко могутъ остаться незамѣченными малѣйшіе узелки, которые въ дальнѣйшемъ, разрастаясь дальше, дадутъ поводъ къ вторичному оперативному вмѣшательству; я, лично, стараюсь по мѣрѣ возможности вылучить *всѣ* узлы отдѣльно и сохранить самый органъ, въ особенности въ періодѣ половой жизни женщины, и сохранить такимъ образомъ способность ея къ дѣторожденію. Несмотря на то, что вылученіе (*enucleatio*) отдѣльныхъ міоматозныхъ узловъ является операціей идеально консервативной, такъ какъ при ней удаляется только все болѣзненно измѣненное, все

же здоровое сохраняется, операция эта имѣетъ многихъ принципиальныхъ противниковъ — причины этого мною уже приведены выше; до послѣдняго времени операция эта давала довольно высокій % смертности (10,5%), что служило главнымъ аргументомъ въ рукахъ противниковъ этой операціи; теперь, когда процентъ смертности при этой операціи сталъ даже ниже процента смертности при конкурирующихъ съ ней надвлагалищной ампутаціи и полномъ вылученіи матки, число сторонниковъ энуклеаціи міомъ матки возрастаетъ съ каждымъ днемъ.

Для тѣхъ случаевъ, гдѣ требуется радикальная операція и вылученіе самихъ опухолей невозможно или противопоказано, остается удаленіе самаго пораженнаго органа съ сохраненіемъ шейки (*amputatio uteri supravaginalis*) или вмѣстѣ съ шейкой (*exstirpatio uteri totalis*). Которому изъ двухъ послѣднихъ способовъ слѣдуетъ отдать предпочтеніе? И тотъ и другой имѣютъ горячихъ защитниковъ и убѣжденныхъ противниковъ; примѣнять принципиально во всѣхъ случаяхъ одинъ и тотъ же способъ — нельзя: каждый случай приходится индивидуализировать. Защитники надвлагалищной ампутаціи основываютъ свое мнѣніе на меньшей опасности этой операціи сравнительно съ полнымъ вылученіемъ матки чрезъ брюшныя стѣнки, на важности сохраненія шейки матки для архитектуры тазового дна, на важности для общаго состоянія организма сохраненія хотя бы небольшого участка функционирующей слизистой оболочки матки, на меньшей продолжительности этой операціи. Противники же надвлагалищной ампутаціи указываютъ на то, что остающаяся шейка можетъ явиться источникомъ инфекціи, давая возможность проникновенію болезнетворныхъ микроорганизмовъ изъ влагалища въ брюшную полость; что остающаяся часть шейки можетъ подвергаться злокачественному перерожденію (въ литературѣ на нѣсколько тысячъ надвлагалищныхъ ампутацій извѣстно около десятка случаевъ злокачественнаго перерожденія культи); что остатку шейки нельзя приписывать никакого физиологическаго значенія и что въ этомъ отношеніи важно только сохраненіе яичниковъ. Новѣйшія статистическія данныя говорятъ въ пользу надвлагалищной ампутаціи — на 1768 случаевъ этой операціи получился въ 90 случаяхъ смертельный исходъ, что составляетъ 5,1%, между тѣмъ какъ на 708 случаевъ полнаго вылученія матки черезъ переднюю брюшную стѣнку получился смертельный исходъ въ 76 случаяхъ, что составляетъ 11%. Однако, есть случаи, въ которыхъ радикальная операція можетъ быть произведена только путемъ полнаго вылученія матки — это случаи нагноившихся міомъ, случаи міомъ, развившихся въ нижнемъ отрѣзкѣ матки или шейкѣ ея, случаи начинающагося злокачественнаго перерожденія міомы и, наконецъ, случаи осложненія міомъ злокачественнымъ процессомъ въ слизистую оболочку матки, гдѣ показаніемъ къ полному удаленію матки служитъ не сама міома, а осложненіе ея. Нельзя не согласиться съ *Fritsch*’емъ,



который слѣдующимъ простымъ образомъ рѣшаетъ вопросъ о полномъ удаленіи міоматозной матки или надвлагалищной ампутаціи ея „ist die cervix *normal* d. h. nicht myomatös, so wird amputirt, befinden sich in ihr myome, so wird exstirpirt“.

Полное удаленіе міоматозной матки можетъ быть произведено либо черезъ переднюю брюшную стѣнку, либо черезъ влагалище; послѣдній путь, благодаря крайне низкому проценту смертности при этой операціи и значительному сокращенію послѣоперационнаго періода, въ недавнемъ прошломъ имѣлъ большое количество приверженцевъ и до настоящаго еще времени нѣкоторые гинекологи придерживаются исключительно влагалищнаго пути. Однако, благодаря усовершенствованію техники надвлагалищной ампутаціи и полной экстирпаціи матки чрезъ переднюю брюшную стѣнку, процентъ смертности при этихъ операціяхъ почти сравнялся съ процентомъ смертности при удаленіи матки черезъ влагалище; съ усовершенствованіемъ шва брюшной раны количество послѣоперационныхъ грыжъ низведено до минимума и, такимъ образомъ, главныя преимущества влагалищнаго метода потеряли свое значеніе; съ другой же стороны не всѣ міомы можно удалить черезъ влагалище даже при помощи кускованія, а при сращеніяхъ съ сосѣдними органами, при нѣкоторыхъ осложненіяхъ со стороны придатковъ матки, червообразнаго отростка и т. п. приходилось иногда оставлять неоконченной операцію черезъ влагалище и оканчивать ее чрезъ разрѣзъ передней брюшной стѣнки. Все это вмѣстѣ взятое заставило многихъ приверженцевъ влагалищнаго метода вернуться къ старому методу удаленія матки черезъ переднюю брюшную стѣнку.

Техника надвлагалищной ампутаціи и полного вылученія матки очень разнообразна и почти каждый операторъ, сдѣлавшій нѣсколько десятковъ этихъ операцій, внесъ что-нибудь собственное въ технику производства ихъ, а нѣкоторые связали даже свое имя съ тѣмъ или другимъ техническимъ усовершенствованіемъ. Я, лично, исходя изъ того, что самыми частыми причинами смерти послѣ этихъ операцій бываютъ кромѣ сепсиса послѣдовательныя кровотечения и приращенія и непроходимость кишекъ, обращаю главное вниманіе на изолированную перевязку сосудовъ и на прикрытіе культи или раны во влагалищѣ достаточнымъ лоскутомъ брюшины, выкроеннымъ изъ брюшины передней и задней стѣнки матки. При надвлагалищной ампутаціи я раньше всегда выжигалъ при помощи аппарата *Paquelin's* слизистую оболочку цервикальнаго канала, въ послѣднее же время ограничиваюсь смазываніемъ цервикальнаго канала іодной настойкой, такъ какъ бактериологическое изслѣдованіе удаленныхъ мною матокъ убѣдило меня въ стерильности полости матки; маточныя артеріи я перевязываю изолированно, или прихватывая небольшое количество маточной ткани; культю суживаю нѣсколькими поперечными узловатыми шелковыми швами и брюшину надъ ней сшиваю непрерывнымъ кат-



гутовымъ швомъ, которымъ сшиваю и листки широкой связки. При полномъ вылуценіи матки вскрываю обыкновенно передній сводъ ножницами сверху по введенному во влагалище корнцангу и затѣмъ ножницами же отдѣляю шейку отъ боковыхъ и задняго сводовъ, оставляя ее все время *in situ*; брызжущіе сосуды влагалищныхъ сводовъ захватываются кровоостанавливающими пинцетами и перевязываются, или же своды обшиваются шелковыми швами; влагалищная рана въ громадномъ большинствѣ случаевъ зашивается наглухо и только при нагноившихся міомахъ или нагноеніяхъ въ придаткахъ матки малый тазъ дренируется марлевыми полосками чрезъ влагалищную рану. При патологическихъ измѣненіяхъ въ придаткахъ матки послѣдніе удаляются одновременно съ маткой, но я стараюсь въ доклимактерическомъ возрастѣ больныхъ всегда сохранить хотя-бы одинъ или даже часть здороваго яичника, считая, что при такихъ условіяхъ климахъ наступаетъ не такъ быстро и не сопровождается столь бурными явленіями. Брюшную рану зашиваю въ три этажа; для швовъ и лигатуръ употребляю шелкъ и іодъ-кэутгутъ.

По первое сентября настоящаго года радикальная операція при міомахъ матки произведена мною въ нашей больницѣ у 42-хъ больныхъ, которымъ сдѣлано 44 операціи, такъ какъ двумъ изъ нихъ черезъ нѣсколько лѣтъ пришлось повторить операцію. Изъ числа этихъ больныхъ въ возрастѣ отъ 21 до 30 лѣтъ было трое, отъ 31 до 40 — 16, отъ 41 до 50 — 19 и отъ 51 до 60 — 4. Не рожавшихъ между ними было 16 = 38%. Міомы матки осложнялись заболѣваніемъ придатковъ: односторонними въ 6 случаяхъ и двухсторонними въ 4 случаяхъ; во всѣхъ этихъ случаяхъ были одновременно удалены и больные придатки. Въ одномъ случаѣ существовала подбрюшинная міома и выпаденіе матки; по вылуценіи опухоли матка фиксирована у передней брюшной стѣнки. Въ одномъ случаѣ, послѣ вылуценія цѣлаго ряда міоматозныхъ подбрюшинныхъ и интерстиціальнхъ узловъ, ретрофлексированная матка фиксирована у передней брюшной стѣнки. Саркоматозное перерожденіе опухоли наблюдалось въ одномъ случаѣ (микроскопическое изслѣдованіе). Ракъ шейки встрѣтился въ одномъ случаѣ, ракъ слизистой оболочки тѣла матки — въ двухъ случаяхъ.

Изъ 44 операцій (на 42 больныхъ) въ одномъ случаѣ (fibrosarcoma со сплошными сращениями) пришлось отказаться отъ удаленія опухоли; въ одномъ случаѣ подслизистая міома вылучена черезъ влагалище послѣ предварительнаго разрѣза шейки матки по передней стѣнкѣ (влагалище предварительно отсепаровано и пузырь отодвинутъ кверху); въ двухъ случаяхъ, осложненныхъ ракомъ слизистой оболочки матки, послужившимъ главнымъ показаніемъ къ операціи, матка удалена черезъ влагалище. Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ опухоли удалены путемъ надлобковаго чревосѣченія: въ 9-ти случаяхъ произведено вылуценіе опухолей, въ 20-ти — надвлагалищная ампутація матки и въ 11-ти — полная экстирпація матки. Изъ числа этихъ 44-хъ операцій кончились летально 3 — одна умерла послѣ надвлагалищной ампутаціи и 2 послѣ полного удаленія матки черезъ переднюю брюшную стѣнку; %о смертности = 6,8. Одна изъ этихъ больныхъ (*exstirpatio uteri totalis*) заболѣла на 12-й день послѣ операціи гриппомъ и на 11-й день отъ начала этого заболѣванія умерла при явленіяхъ воспаленія мозга; при вскрытіи въ брюшной полости и полости малаго таза ничего ненормальнаго не найдено; въ головномъ мозгу — явленія менинго-энцефалита. Другая больная (*exstirpatio uteri totalis*) погибла на 5-й день послѣ операціи при припадкахъ внезапно развившейся кровавой рвоты; до этого послѣопераціонное теченіе протекало вполне правильно; при вскрытіи — рана въ брюшной полости найдена въ прекрасномъ состояніи, никакихъ явленій перитонита; мочеточники и почки нормальны; въ желудкѣ и пищеводѣ никакихъ слѣдовъ крови; источника кровавой рвоты

выяснить не удалось. Въ третьемъ случаѣ (*amputatio uteri supravaginalis*) больная погибла на второй день послѣ операціи и при вскрытіи найденъ септический перитонитъ. Если отбросить первый случай, гдѣ больная погибла отъ осложнения, не имѣющаго никакого отношенія къ операціи, то на долю оперативнаго вмѣшательства останутся 2 смертельныхъ исхода = 4,5%.

Изъ двухъ случаевъ, въ которыхъ пришлось вторично прибѣгнуть къ радикальной операціи, въ первомъ при первой операціи былъ удаленъ чрезъ влагалище подслизистый міоматозный узелъ, величиною съ куриное яйцо; при повторной операціи пришлось черезъ нѣсколько лѣтъ удалить черезъ переднюю брюшную стѣнку всю матку цѣликомъ, съ содержащимся въ ней міоматознымъ узломъ, соотвѣствующимъ, по величинѣ, двухмѣсячной беременной маткѣ. Во второмъ случаѣ при первой операціи былъ вылученъ довольно большой подбрюшинный узелъ и матка фиксирована у передней брюшной стѣнки (*prolapsus uteri*); при повторной операціи, черезъ 3 года, удалена вся матка съ нѣсколькими міоматозными узлами, достигавшая въ общемъ величины головки новорожденного младенца.

Беременность и роды наблюдались у одной больной, у которой за шесть лѣтъ до этого была удалена киста яичника и вылучена большая межстѣночная міома; при вылученіи міомы была вскрыта и затѣмъ вновь зашита полость матки; роды протекли вполне правильно.

Изъ вышеприведеннаго краткаго очерка видно, что для радикальной операціи міомъ матки я предпочитаю путь черезъ переднюю брюшную стѣнку; въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ міоматозную матку можно было бы удалить чрезъ влагалище, страданія, причиняемыя опухолью, обыкновенно настолько незначительны, что нѣтъ показаній къ радикальной операціи, и можно съ успѣхомъ ограничиться симптоматическимъ леченіемъ или палліативной операціей.

---

## Къ вопросу объ этиологii гнойныхъ сальпингитовъ.

(Доложено на конференциі врачей Н. Е. б-цы 8 апрѣля 1907 г.).

Тѣсная анатомическая связь мочевой и половой системъ у человека, особенно у мужчинъ, обуславливаетъ и тѣсную связь между заболѣваніями обѣихъ этихъ системъ. И у женщинъ, у которыхъ мочевая и половая сферы болѣе разобщены, чѣмъ у мужчинъ, заболѣванія одной изъ нихъ находятся очень часто въ тѣсной зависимости отъ заболѣванія другой. Иногда эта зависимость совершенно ясна, напримеръ — гонорройный уретритъ, обуславливающий гонорройное заболѣваніе полового аппарата, или наоборотъ — восходящій процессъ въ мочевыхъ путяхъ, какъ послѣдствіе заболѣванія половыхъ органовъ. Однако приходится иногда наблюдать такія взаимоотношенія, гдѣ этиологія остается въ высокой степени неясной и путь, по которому шелъ возбудитель болѣзни — загадочнымъ. Нижеслѣдующій случай представляется интереснымъ какъ со стороны его теченія, такъ и особенно со стороны его этиологii. Исторія болѣзни такова:

Б., 22 лѣтъ, поступила 10 февраля 1907 г. въ клинику съ жалобой на боли внизу живота, пахахъ и поясницѣ.

Съ самыхъ малыхъ лѣтъ больная страдала болями въ лѣвомъ боку, нѣсколько выше паха. Боли временами были не выносимы и стихали нѣсколько только тогда, когда больная принимала положеніе *à la vache* (болѣзнь подробности трудно было добыть, такъ какъ больная малоинтеллигентна). Первые крови пришли на 15-мъ году и стали ходить по 4 дня черезъ одинъ мѣсяць, съ незначительною болью внизу живота. 16-ти лѣтъ, по совѣтамъ подругъ, увѣрявшихъ, что ея боли пройдутъ, лишь только она станетъ женщиной, больная растирала свои половыя части нѣсколько разъ пальцемъ, а потомъ зубной щеткой. Вскорѣ послѣ этихъ манипуляцій у больной появились боли нѣсколько ниже пупка, которыя перешли вскорѣ въ низъ живота. Тогда же моча стала ходить часто (до 15-ти разъ сутки), съ рѣзью. Появились бѣли, бѣлыя, густыя, ѣдкія, усиливавшіяся до и послѣ регулъ. Неоднократно бывалъ жаръ, знобъ, лежала въ постели по недѣлѣ. Послѣдніе мѣсяцы бѣли не ѣдкія, цвѣта куриного бѣлка; боли справа рѣзко усилились, моча стала мутной. Мочилась неодинаково часто (6 — 30 разъ въ сутки). *Coitus* отрицается совершенно.

Больная хорошаго строенія и умѣренного питанія. Со стороны органовъ пищеваренія, дыханія, кровообращенія и нервной системы — ничего не нормального.

Со стороны *genitalia*: наружныя половыя органы въ порядкѣ. Нупен цѣль, но растянута, такъ что пропускаетъ изслѣдующій палець. Влагалище уклоненій отъ нормы не представляетъ. Шейка съ круглымъ *orificium externum*, смотритъ впередъ. Матка въ умѣ-

ренной anteфlexio, обычной величины и консистенции, подвижна и безболѣзненна. Отъ обоихъ роговъ ея симметрично отходятъ въ сторону 2 колбасовидныхъ опухоли, величиною съ крупную сосиску каждая. Опухоли начинаются отъ роговъ тонко и, расширяясь постепенно въ стороны, кончаются колбообразнымъ вздутиемъ. Опухоли подвижны, безболѣзненны, нѣсколько извиты, упругой консистенции, флюктуируютъ. Нѣсколько ниже этихъ опухолей прощупываются образованія, очень напоминающія нормальные яичники.

Мочевые органы: правая почка увеличена, при давленіи болѣзненна, легко прощупывается, особенно въ стоячемъ положеніи больной. Область пузыря при давленіи безболѣзненна. Мочеиспусканіе — безъ боли; частота его неравномѣрная: большая мочится отъ 6-ти до 30-ти разъ въ сутки. Цистоскопическое изслѣдованіе показало, что слизистая пузыря нормальна, лишь устье лѣваго мочеточника нѣсколько набухло и гиперемировано.

Анализъ мочи: предварительный анализъ (до поступленія въ клинику) показалъ: моча прозрачная, удѣльнаго вѣса 1018, кислой реакціи, безъ бѣлка и сахара; подъ микроскопомъ — единичные лейкоциты и эпителиальные клѣтки. Вскорѣ послѣ поступленія больной въ клинику — моча очень мутная, удѣльнаго вѣса 1028, кислая реакція, содержитъ бѣлокъ; подъ микроскопомъ — кучки гнойныхъ клѣтокъ въ огромномъ количествѣ, много плоскаго эпителия, бактерій. Спустя два дня моча, спущенная катетромъ, оказалась безукоризненной, а еще черезъ 2 дня, моча, спущенная катетромъ, оказалась рѣзко мутной, содержащей много гноя, бѣлокъ, высокаго удѣльнаго вѣса. Отцентрифужированные осадки, намазанные на стеклышко и окрашенные по Гимза и Цилю показали отсутствіе бактерій. Бактеріологическое изслѣдованіе мочи, добытой катетромъ, показало ростъ на агарѣ *bact. coli*. Моча, впрыснутая морской свинкѣ, дала отрицательные результаты: свинка даже прибавилась въ вѣсѣ.

Изслѣдованіе крови показало нормальное количество форменныхъ элементовъ и отсутствіе лейкоцитоза.

До операціи больная провела въ клиникѣ 39 дней (изъ нихъ 21 день въ терапевтическомъ отдѣленіи). То все это время была въ предѣлахъ нормы. Больная лечилась ваннами (въ 28°); промываніями пузыря (*Ac. bor.*); внутрь получала *Contrexeville*, *Urothropin*, *Sol. Uv. Ursi*, *Amygdalin*. За это время моча стала менѣе мутной (особенно утреннія порціи), мочеиспусканіе рѣже, почка перестала прощупываться. Суточное количество мочи съ 400 — 600 повысилось до 1300 — 1800 и даже до 2400.

28-го марта. Операція подъ эфирнымъ наркозомъ (попытка анестезіи по Bier'у не удалась: не удалось ввести иглу въ полость позвоночника). Обычный разрѣзъ по *l. alla*. Въ разрѣзъ легко выведена опухоль, оказавшаяся лѣвой трубой, извитой и значительно увеличенной. Рыхлыя сращенія легко раздѣлены тупымъ путемъ, брюшина *mesosalpinx*'а надрѣзана, отсепарована, *mesosalpinx* перевязанъ въ 2 пучка, маточный конецъ трубы перевязанъ и труба удалена. То же самое продѣлано и съ правой трубой, гдѣ сращенія были еще рыхлѣе. Яичники оставлены *in situ*, какъ здоровые. Послѣ туалета брюшины — обычный трехэтажный шовъ. Кожные швы — кѣтгутовые.

Удаленныя трубы оказались содержащими густой бѣлый сливкообразный гной. Бактеріологическое изслѣдованіе (послѣвъ на простомъ и глицериновомъ агарѣ и бульонѣ) дало отрицательные результаты. Подъ микроскопомъ, на препаратахъ, окрашенныхъ по Гимзѣ, оказался полный распадъ гноя: обломки лейкоцитовъ, ядра и ихъ фрагменты. Окраска по Ziel'ю дала отрицательные результаты.

Патологоанатомическое изслѣдованіе удаленныхъ трубъ дало слѣдующіе результаты: по своей внѣшности обѣ трубы почти одинаковы; каждая изъ нихъ величиною съ крупную сосиску или бананъ, слегка извита. Поверхность гладкая, блестящая. Какъ фимбриальный, такъ и маточный концы трубъ зарощены; послѣдній, кромѣ того, еще рѣзко утолщенъ. Опорожненная отъ гноя труба представляетъ собою тонкостѣнный мѣшокъ съ совершенно гладкой внутренней поверхностью.

Микроскопическое изслѣдованіе (послѣ фиксаціи препарата формалиномъ и заливки въ целлондинъ): отъ слизистой оболочки не осталось и слѣда. Въмѣсто нея — полоса грануляціонной ткани, густо инфильтрированной гнойными клѣтками. Мышечный слой утолщенъ (умѣренно) за счетъ разросшейся соединительной ткани; въ немъ мѣстами гнѣзда гной-

ныхъ кѣтокъ. Сосуды расширены и наполнены кровью. Брюшина фиброзно утолщена. Среди рыхлыхъ пучковъ самаго наружнаго слоя отдѣльныя скопленія жира.

Переходя теперь къ клиническому разбору нашего случая, скажемъ сначала нѣсколько словъ о піелитѣ нашей больной. Хотя катеризація мочеточниковъ произведено не было, однако не подлежитъ сомнѣнію, что явленія піелита зависѣли отъ одной лишь правой почки: на это совершенно ясно указываетъ характеръ мочи: днями она бывала патологической, а днями совершенно нормальной.

Бактеріологическое изслѣдованіе показало, что возбудителемъ піелита былъ здѣсь *Bact. coli*. Изъ различныхъ видовъ піелита *coli* — піелиты являются наиболѣе частыми, особенно у женщинъ. Пути проникновенія *Bact. coli* въ лоханку многоразличны: они могутъ пройти сюда восходящимъ путемъ изъ уретры и пузыря; здѣсь необходимо подчеркнуть, что по изслѣдованіямъ *Savor'a*<sup>1)</sup> *Bact. coli* можно нерѣдко найти въ совершенно здоровой уретрѣ; возникновенію здѣсь піелита способствуетъ задержка (resp. затрудненный оттокъ) мочи, вызванная камнемъ, пессаріемъ, беременной маткой, опухолью etc. (*Кожуховскій* <sup>2)</sup>). Важнымъ этиологическимъ моментомъ являются также заболѣванія кишечника — сильныя запоры и поносы и, особенно, его стриктуры (*Поляковъ* <sup>3)</sup>). Нерѣдко *coli*-піелитъ возникаетъ послѣ инфекціонныхъ болѣзней (тифъ, скарлатина); въ послѣднемъ случаѣ слѣдуетъ признать гематогенное происхожденіе піелита.

Оставляя пока въ сторонѣ вопросъ объ этиологіи нашего піелита, мы здѣсь лишь замѣтимъ, что у нашей больной съ ранняго дѣтства создавалась, повидному, благопріятная почва для возникновенія піелита: мы разумѣемъ здѣсь тѣ жестокія боли, которыя испытывала больная въ дѣтствѣ, и которыя очень напоминаютъ *colica renalis*. Послѣднія въ дѣтскомъ возрастѣ встрѣчаются нерѣдко и возникаютъ преимущественно на почвѣ артритизма (*Филатовъ* <sup>4)</sup>).

Обращаясь теперь къ этиологіи *pyosalpinx'*овъ нашей больной, нужно отмѣтить тотъ фактъ, что возбудитель инфекціи бактеріологически не могъ быть доказанъ: гной трубъ оказался стерильнымъ. Такая находка при изслѣдованіи содержимаго *pyosalpinx'a* представляетъ собою весьма частое явленіе. Въ своемъ обширномъ трудѣ *Gebhard* <sup>5)</sup> собралъ 409 случаевъ *pyosalpinx'a*, бактеріологически изслѣдованныхъ. Изъ нихъ въ 226-ти, т.-е. въ 55,4% случаевъ, гной оказался стерильнымъ.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда изъ гноя удавалось культивировать бактеріи, послѣднія оказывались наичаще гонококками, гнойными бактеріями (*staphylococcus*, *streptococcus*), туберкулезными палочками.

<sup>1)</sup> *Savor*. Zur Aethiologie der Acuten Pyelonephritis. Wien. Klin. Woch. 1894.

<sup>2)</sup> *Кожуховскій*. Гнойные піелиты. Ихъ діагностика и лѣченіе. Дисс. М. 1905.

<sup>3)</sup> *Поляковъ* и *Хорошко*. Множественный невритъ и кишечная палочка. Мед. Обозр. 1907, № 1.

<sup>4)</sup> *Филатовъ*. Клиническія лекціи т. II. М. 1902.

<sup>5)</sup> *Gebhard*. Pathologische Anatomie der Weiblichen Sexualorgane. Leipzig 1899.

Въ единичныхъ случаяхъ найдены pneumococcus и bact. coli (по статистикѣ *Gebhard'a* — въ 7-ми случаяхъ изъ 409-ти).

Въ нашемъ случаѣ гной оказался стерильнымъ и возбудитель инфекции не найденъ. Однако, гоноройное происхожденіе болѣзни мы должны отвергнуть на основаніи анамнеза и клинической картины болѣзни. На туберкулезъ такъ же нѣтъ указаній ни со стороны причинственности, ни со стороны habitus'a больной, ни со стороны данныхъ гистологическаго изслѣдованія. Наконецъ, стрепто и стафилококковый гной наблюдается почти исключительно въ пуэрперальномъ періодѣ (и при внутри-маточномъ вмѣшательствѣ: зондированіи, выскабливаніи, вспрыскиваніяхъ). Съ другой стороны, одновременность заболѣванія у нашей больной и гениталій и мочевого аппарата — заставляеть насъ съ высокой степенью вѣроятности предположить, что возбудителемъ инфекции въ трубахъ былъ тотъ же bact. coli, что и въ лоханкѣ.

Какимъ путемъ могли проникнуть бактеріи въ трубу? Нанчаше онѣ достигаютъ трубы восходящимъ путемъ изъ полости матки (пуэрперальный, гоноройный эндометритъ), но и брюшина нерѣдко является первоисточникомъ (разлитой, мѣстной перитонитъ), равно какъ и брюшные органы, resp. кишки (bact. coli). Наконецъ (сомнительно) бактеріи могутъ достигнуть трубы черезъ кровь и лимфатическіе пути. (*Kleinhans*<sup>2)</sup>).

На основаніи чистосердечнаго разсказа и всего анамнеза нашей больной, единственнымъ этиологическимъ моментомъ въ нашемъ случаѣ мы должны признать мастурбацію. Что вслѣдствіе поврежденія наружныхъ половыхъ частей можетъ возникнуть піэлитъ — не подлежитъ сомнѣнію: такъ, *Roweing*<sup>3)</sup> описать 3 случая coli-піэлита, послѣдовавшихъ непосредственно за разрывомъ hymenis. Разъ установлена такая возможность возникновенія піэлита, то вполне естественно допустить такую возможность и для салпингита. Что же касается путей, по которымъ шель bact. coli, то здѣсь представляются двѣ возможности: во-первыхъ, bact. coli могъ пройти въ трубы и лоханку восходящимъ путемъ (но тогда непонятно, почему промежуточные этапы, т.-е. влагалище и матка, уретра и пузырь — остались незатронутыми); во-вторыхъ, инфекция могла произойти черезъ кровь. Возможность послѣдняго пути для піэлита принята многими авторами (сюда же относятся вышеупомянутые 3 случая *Roweing'a*).

Насколько хорошо и подробно разработанъ вопросъ о coli-піэлитахъ, настолько мы бѣдны свѣдѣніями объ этиологій и клиническомъ теченіи „coli-салпингитовъ“ (если допустима такая номенклатура). Цѣлью настоящаго сообщенія было — возбудить интересъ къ роли bact. coli въ этиологій салпингита.

<sup>2)</sup> *Kleinhans*. Die Erkrankungen der Tube. (Изъ „Handbuch der Gynäkologie“ von Veit 2-й т. 2-я полов.). 1899.

<sup>3)</sup> *Roweing*. Klinische und experimentelle Untersuchungen über die infectiösen Krankheiten der Harnorgane. Berlin. 1898.

### Случай извращенія полового чувства.

Аномалии полового чувства представляли всегда и представляют въ наше время явленіе далеко не рѣдкое; въ медицинской литературѣ рѣчь о нихъ идетъ нечасто потому, что сами больные, страдающіе такими аномаліями, въ особенности — характера гомосексуальнаго, даже отъ врачей стараются скрыть свои половыя особенности, ненормальныя съ точки зрѣнія общепринятой морали и преступныя съ точки зрѣнія дѣйствующаго уголовного права.

Случаи *perversitatis sexualis* безъ сомнѣнія представляютъ громаднѣйшій и теоретическій, и практическій интересъ, да и не для однихъ только врачей. Подробное описаніе и тщательный анализъ подобныхъ случаевъ, особенно — самаго начала возникновенія извращенія, его постепеннаго развитія и закрѣпленія въ сознаніи больного, даютъ ключъ не только къ ясному пониманію патогенеза страданія, но и для его лѣченія, а еще того болѣе и важнѣе — для предупрежденія развитія подобныхъ аномалій въ подростающемъ поколѣніи.

Одинъ изъ такихъ случаевъ пришлось наблюдать мнѣ въ андрологической клиникѣ въ 1906 году.

Больной X., 24 лѣтъ, происходитъ изъ невропатической семьи; патологическая наследственность со стороны и отца, и матери. Лѣтъ до 18-ти жилъ въ самыхъ отвратительныхъ условіяхъ, при невыносимыхъ матеріальныхъ и нравственныхъ обстоятельствахъ. До 15 лѣтъ половое чувство у него ничѣмъ не обнаруживалось, не имѣлъ онъ также понятія и объ онанизмѣ.

На 16-мъ году, какъ-то разъ, почувствовавъ зудъ въ концѣ полового члена, X. хотѣлъ открыть головку его, но это не удалось, такъ какъ отъ рожденія у него былъ рѣзко выраженный фимозъ. Манипуляціи съ половымъ членомъ вызвали эрекцію, а вмѣстѣ съ тѣмъ возникновеніе въ умѣ образа хорошенькаго мальчика въ матросскомъ костюмѣ, совершенно незнакомаго, но гдѣ-то недавно видѣннаго. Больному хотѣлось обнимать, ласкать этого мальчика; эрекція при такихъ мысляхъ усилилась и наступилъ половой оргазмъ съ изверженіемъ сѣмени. Обстоятельство это произвело на больного потрясающее впечатлѣніе и съ этого момента онъ сталъ онанировать ежедневно по 4-5 разъ. При онанированіи X. воображалъ себѣ мальчиковъ разныхъ, но непременно богато одѣтыхъ, не моложе 7-8 и не старше 12 лѣтъ; вмѣстѣ съ тѣмъ, онъ никогда не представлялъ ни себя самого, ни мальчика дѣвушкой или женщиной. Равнымъ образомъ никогда не являлось у него желаніе совершить такъ или иначе съ мальчикомъ грубый педерастическій актъ; дѣло всегда ограничивалось воображаемыми объятіями и поцѣлуями, самое большее —

взаимнымъ прикосновеніемъ руками къ половымъ органамъ. Реального сближенія съ какимъ-либо ребенкомъ Х. никогда не добивался.

Съ теченіемъ времени при онанированіи больной сталъ воображать себѣ мальчиковъ лежащими на диванѣ, кушеткѣ, въ томной позѣ, потомъ — сладко спящими въ кушеткѣ или на постели, наконецъ — мертвыми, богато одѣтыми въ гробѣ. Послѣднія картины доставляли ему особенно сильное половое наслажденіе. Въ концѣ концовъ Х. сталъ посѣщать церкви и присутствовать на похоронахъ мальчиковъ; въ церкви онъ становился поближе къ гробу и если отъ трупа не было особенно непріятнаго запаха — у него при одномъ только созерцаніи покойника и воображеніи ласкъ своихъ къ нему наступалъ жгучій оргазмъ. Однако желанія приблизиться къ трупу и войти съ нимъ въ непосредственное соприкосновеніе при этомъ никогда не появлялось. Съ такими цѣлями Х. посѣщалъ кладбища и даже полицейскія покойниція.

Взрослые мужчины, а также мальчики моложе или старше вышеуказаннаго возраста, живые или мертвые, не производили на больного въ половомъ отношеніи никакого впечатлѣнія. Что же касается дѣвочекъ, взрослыхъ дѣвушекъ или женщинъ, то онѣ всегда и вездѣ возбуждали въ Х. почти враждебное къ себѣ отношеніе, соединенное съ чувствомъ непреодолимаго отвращенія, гадливости.

Въ 17—18 лѣтъ изъ случайныхъ разговоровъ и книгъ онъ былъ уже знакомъ теоретически съ сущью нормальныхъ половыхъ отношеній, а вмѣстѣ съ тѣмъ ясно понималъ, что его личная половая жизнь идетъ совершенно не такъ, какъ у другихъ мужчинъ; что его желанія въ этомъ отношеніи и чувства представляютъ какое-то особое, очевидно ненормальное явленіе, притомъ не только пользующееся въ обществѣ презрѣніемъ, но даже преслѣдуемое уголовными законами.

Все это доставляло больному цѣлый рядъ угнетающихъ мыслей насчетъ своей собственной личности и *не разъ уже подрывало самую охоту жить.*

Начитавшись книгъ о вредѣ онанизма, Х. сдѣлалъ попытку совершить нормальный coitus, при чемъ уже одно пребываніе наединѣ съ молодой и даже красивой женщиной было для него крайне непріятно, а старанія женщины пробудить въ немъ половое вожделѣніе возбудило такое невыразимое чувство отвращенія и даже ужаса, что онъ не могъ оставаться близъ раздѣтой женщины ни одной минуты. При этомъ съ нимъ случился какой-то припадокъ, сопровождавшійся потерей сознания. Даже теперь въ клиникѣ, спустя нѣсколько лѣтъ послѣ событія, при одномъ воспоминаніи о своей неудачной попыткѣ стать нормальнымъ мужчиной, у больного появляются судорожныя вздрагиванія во всемъ тѣлѣ и головокруженіе. Случай этотъ убѣдилъ Х. въ томъ, что нормальныя половыя отношенія для него невозможны; попытки къ нимъ онъ больше никогда уже не повторялъ.

Онанизмъ продолжался прежнимъ порядкомъ съ непремѣннымъ воображеніемъ мертвыхъ мальчиковъ, хотя за послѣдніе годы рѣже, чѣмъ прежде. Что касается посѣщенія похоронъ и мертвецкихъ, то больной отъ него сталъ удерживаться, хотя сдержанность эта каждый разъ стоитъ ему большихъ надъ собой усилій.

Отъ своего ненормальнаго полового влеченія больной желаетъ избавиться и усердно проситъ помочь ему въ этомъ отношеніи.

Тѣлосложеніе у Х. въ общемъ хорошее, мужского типа; питаніе вполне удовлетворительное. Шея короткая, толстая; голова по сравненію съ размѣрами тѣла маловата, обычно нѣсколько запрокинута назадъ, вслѣдствіе чего подбородокъ кажется рѣзко выступающимъ впередъ. Средняя часть лица тоже выдается впередъ. Губы толстыя, ротъ и носъ большіе, зубы нормальны. Глаза каріе, малые, посажены глубоко и близко другъ къ другу. Черепъ узкій, продолговатый, затылокъ плоскій. Уши ненормально торчатъ въ стороны. Зрѣніе и слухъ превосходны. Общій видъ головы и въ особенности лица производитъ впечатлѣніе непріятное. Х. давно страдаетъ храническимъ сухимъ ринитомъ и склонностью къ запорамъ. Спиртныхъ напитковъ никогда не употреблялъ, табаку не куритъ. Аппетитъ и сонъ отличные.

Общее настроеніе глубоко подавленное. Больной молчаливъ, подозрителенъ, крайне вспыльчивъ, недоверчивъ. Голосъ у него не чистъ, рѣчь быстрая, отрывистая, произноше-



ніе словъ не всегда отчетливое; во время разговора сильно жестикулируетъ и гримасничаетъ.

Penis у больного удлиненный, тонкій, съ булабовиднымъ концомъ и неоткрывающейся отъ рожденія головкой. Препуціальное отверстіе едва пропускаетъ конецъ головчатого зазда. При моченспусканіи мѣшокъ крайней плоти растягивается мочей на подобіе груши. Кожныя вены penis расширены. Почки, мочевой пузырь, мошонка съ ея содержимымъ и предстательная железа совершенно нормальны.

При операціи фимоза найдено значительное пониженіе чувства боли въ кожѣ не только обонхъ листковъ крайней плоти, но даже и головки penis.

Въ данномъ случаѣ мы, очевидно, имѣетъ дѣло съ лицомъ, одареннымъ глубокою патологическою наслѣдственностію, съ ясно выраженными психическими и морфологическими признаками вырожденія.

Въ силу особенно ненормальныхъ условій жизни половое чувство у X. проявилось хотя сравнительно поздно, но за то какъ-то вдругъ, совершенно случайно, неожиданно и вмѣстѣ съ тѣмъ бурно. Случайно полученнымъ въ 1-й разъ интенсивнымъ половымъ наслажденіемъ онъ сталъ потомъ пользоваться крайне неумѣренно и сразу же сдѣлался онанистомъ, но *онанистомъ sui generis*. Механическое раздраженіе гениталій въ 1-й разъ, совершенно случайно можетъ быть, совпало у него съ представленіемъ фигуры красиваго мальчика и такимъ образомъ произошло необычайное сочетаніе двухъ элементовъ: пріятнаго волненія и интенсивныхъ ощущеній отъ периферическаго раздраженія гениталій съ одной стороны, а съ другой — самостоятельно въ психической сферѣ возникшаго образа мальчика. Никакой логической связи между этими элементами очевидно не было, тѣмъ не менѣе между ними произошло такое прочное сочетаніе, что оно осталось незабываемымъ на всю послѣдующую жизнь.

Правда, съ теченіемъ времени въ образѣ мальчика произошли нѣкоторыя переменны, изъ бодрствующаго фантазія сначала сдѣлала его лежащимъ на диванѣ или кушеткѣ, потомъ спящимъ, а наконецъ и мертвымъ, лежащимъ въ гробѣ. Тѣмъ не менѣе измѣнилась при этомъ только одна внѣшность, сущность же осталась та же самая: для достиженія оргазма къ периферическому раздраженію непременно пристегивалось представленіе фигуры мальчика.

Онанизмъ X. имѣетъ сходство съ такъ называемымъ онанизмомъ психо-физическимъ, гдѣ во время манипуляцій съ половыми органами субъектъ рисуетъ въ своемъ воображеніи всевозможныя фантастическія картины, образы виданныхъ и никогда не виданныхъ женщинъ, богинь, нимфъ и т. п. Однако въ нашемъ случаѣ есть и своя особенность, такъ какъ половое чувство носитъ на себѣ *печать глубокаго извращенія*, половое вожделѣніе имѣетъ своимъ объектомъ не женщину, а мужчину, т.-е. *онанизмъ* у X. — такъ называемый *психо-физическій гомосексуальный*. Мало того, половое чувство отличается еще довольно рѣзко выраженными чертами такъ называемой *некрофилии*.

Интереснымъ теперь является вопросъ: *врожденное* у X. извращеніе полового чувства или *пріобрѣтенное*?

Какъ мы видѣли, до 15 лѣтъ въ половомъ отношеніи онъ хотя и былъ безразличенъ, тѣмъ не менѣе къ женскому полу всегда чувствовалъ непріязнь, отвращеніе, рѣже—только равнодушіе. Что послужило первоначальною причиною отрицательнаго отношенія къ противоположному полу у X.—теперь трудно сказать. Не безъ вліянія остались, вѣроятно, безотрадныя картины дѣтства, когда женщина въ его сознаніи чаще всего фигурировала въ образѣ пьяной и безумной матери, или вѣчно воевавшихъ съ ней такихъ же пьяныхъ сосѣдокъ въ подвалахъ. Больной самъ говоритъ, что съ ранняго дѣтства „женщина“ для него являлась синонимомъ злобы и всякой гадости, существомъ въ высокой степени противнымъ. Съ другой стороны можно предполагать, что на этотъ счетъ въ центральной нервной системѣ X существуетъ какой-нибудь врожденный дефектъ.

Реальныя зрительныя впечатлѣнія вышеописаннаго характера, или фантастическія картины вмѣстѣ съ периферическимъ раздраженіемъ съ гениталій для нашего больного вполне замѣняли собою нормальный актъ полового совокупленія.

При нормальныхъ условіяхъ зрительныя, обонятельныя, осязательныя и др. ощущенія, исходяція отъ тѣла здоровой женщины, пробуждаютъ къ ней въ мужчинѣ сильное половое вождѣленіе съ обычными реакціями на периферіи (эрекция). Все это есть и у нашего больного, только въ цѣпи половыхъ представленій мѣсто женщины занялъ мальчикъ.

Однако X. не представляетъ собою полнаго типа даже психическаго педераста, такъ какъ ни съ реальнымъ ни съ воображаемымъ мальчикомъ онъ рѣшительно никогда мысленно не вступалъ въ педерастическія отношенія.

Приобрѣтенная гомосексуальность, какъ извѣстно, очень не рѣдко допускаетъ даже нормальный coitus съ противоположнымъ поломъ и не влечетъ за собою отрицательнаго къ нему отношенія. Напротивъ, у X. нѣтъ даже простого равнодушія педерастовъ къ женщинѣ; она для него всегда и вездѣ—существо противное, а въ половомъ отношеніи даже нѣчто совершенно невыносимое.

На основаніи всего вышеизложеннаго, мнѣ кажется, можно думать, что *гомосексуальное половое чувство въ нашемъ случаѣ было врожденное*, развившееся на почвѣ патологической наследственности, несомнѣннаго физическаго и психическаго вырожденія. Характерныя черты некрофиліи оно приобрѣло позже, постепенно.

Въ пользу врожденности извращенія говоритъ еще и то обстоятельство, что всѣ попытки лѣчить X. единственно возможнымъ въ такихъ случаяхъ способомъ, т. е. гипнозомъ и внушеніемъ, рѣшительно не дали никакого результата.

---

## Къ лѣченію задержанія мочи при *hypertrophia prostaticae*.

Задержаніе мочи при гипертрофії предстательной железы является тяжелымъ моментомъ для страдающихъ этой болѣзнью; оно выводитъ ихъ изъ обычной колесн жизни, а для врача нерѣдко служитъ камнемъ преткновения.

Приводимый ниже случай хорошо иллюстрируетъ это. Д. Б., мѣщанинъ, торговецъ, 70 лѣтъ, изъ города Нѣжина, поступилъ въ андрологическую клинику 2-го марта по поводу задержанія мочи. Отецъ его 55 лѣтъ, былъ алкоголикъ, мать 50 лѣтъ, страдала мигренью; двѣ сестры пользуются хорошимъ здоровьемъ. Нашъ больной росъ здоровымъ ребенкомъ, перенесъ въ дѣтствѣ малярію; за исключеніемъ суставного ревматизма, который повторялся нѣсколько разъ, и ушиба живота, послѣ котораго появилась двухсторонняя грыжа, другихъ болѣзней не имѣлъ. *Abusus in Baccho et in Venere* не было. Уже двадцать лѣтъ какъ страдаетъ учащеннымъ мочеиспусканіемъ, до 15 разъ днемъ и два раза ночью. Наихудшее мочеиспусканіе: — учащенное, вялое — бываетъ по утрамъ, когда просыпается. Крови и гноя въ мочѣ не замѣчалъ. Больной женатъ, жена здорова, имѣла 10 беременностей; въ живыхъ одинъ сынъ 37 лѣтъ, здоровый человекъ; дѣти умирали отъ скарлатины. Настоящее заболѣваніе появилось 2-го марта; съ утра приходилось много ходить, появились учащенные позывы, но моча не выдѣлялась.

Обратился къ родственнику-врачу; попытки его ввести катетеръ не удалсь, изъ уретры появилось кровотеченіе. Обратился къ специалисту-врачу, послѣдній также не могъ вставить катетеръ. Металлическіе бужи Бенике, по его словамъ, проходили, но катетеръ не могъ быть проведенъ. Больному рекомендовано поступить въ андрологическую клинику, а ввиду тяжелаго состоянія больного, по телефону *извѣщенъ профессоръ Синицынъ*; послѣдній тотчасъ же пріѣхалъ и въ 10 часовъ вечера, послѣ проведенія бужей Бенике, по мандрину провелъ катетеръ № 21 Nélaton'a; изъ пузыря выведено 1400,0 кровянистой мочи. Т° 37,9.

Состояніе больного на другой день: больной хорошо упитанный, крѣпкій на видъ старикъ; за исключеніемъ двухсторонней паховой грыжи, легко вправляемой и небольшой эмфиземы, всѣ органы здоровы.

Мочеполовые органы: мочится черезъ катетеръ каждый часъ, мочи за 12 часовъ, съ 10-ти вечера до 10-ти утра, 1000,0 черного цвѣта, съ кровяными сгустками на днѣ кружки. Яички, придатки, сѣменные канатики нормальны; простата очень велика, гладка, упругой равномерной консистенціи, безболѣзненна. Съ 7-ми часовъ утра катетеръ, видимо, вышелъ изъ пузыря; позывы, моча идетъ мимо катетера; въ 11 часовъ утра поставленъ катетеръ шелковый Mercier № 22, такъ какъ резиновый Nélaton'a вышелъ изъ пузыря. Т° 37,6—37,8 веч.

4-е марта: Т° 38,6, вчера днемъ моча выдѣлялась безъ крови, ночью съ кровью; сегодня утромъ послѣ испражненія (даны были двѣ слабительныхъ пилюли) катетеръ вышелъ изъ пузыря, появились учащенные позывы, но моча не шла. Попытки ввести ка-

тетръ не удалось; надо отмѣтить, что металлическіе бужи Бенике свободно проходили и имѣли правильное положеніе, катетеры же ни мягкіе, ни твердые, ни съ мандринами, ни толстые, ни тонкіе, ни металлическіе не могли быть проведены. Операция эта длилась 3½ часа, не приведя ни къ чему.

Что дѣлать, какія мѣры можно принять, чтобы помочь въ данномъ положеніи больному? Основнымъ лѣченіемъ задержанія мочи у простатиковъ должна быть катетеризація, если она производится легко. Если она производится трудно и должна быть повторяема часто, лучше ставить катетеръ à demeure. Если катетеризація очень затруднена или невозможна, вызываетъ у больного кровотеченіе, сильныя боли, лихорадку, — лучше прибѣгать къ болѣе серьезному вмѣшательству. Если желаютъ удалить основную причину болѣзни, то предпринимаютъ одинъ способъ лѣченія; если же хотятъ освободить пузырь отъ задержавшейся въ немъ мочи, — то другой.

Къ первому принадлежатъ нѣсколько операций: 1) гальванокаустика, предложенная *Bottini*, въ послѣднее время оставленная; 2) удаление предстательной железы черезъ надлобковый разрѣзъ: *Mac-Gill* удаляетъ только выдающуюся въ пузырь среднюю долю, *Freyer* старается при операции удалить всю железу; 3) удаление предстательной железы промежностнымъ путемъ: *Albarran* разработалъ эту операцию, и она довольно распространена во Франціи; 4) удаление *prostatæ* комбинированнымъ путемъ — черезъ надлобковый и промежностный разрѣзы; авторы этой операции *Nicolle* и *Alexander*.

Нельзя сказать, чтобы этими операциями, предпринимаемыми въ послѣдніе годы, удалось вполне разрѣшить вопросъ о радикальномъ лѣченіи задержанія мочи при *hypertrophia prostatæ*. Статистика указываетъ слѣдующее: у *Belfield* изъ 133 случаевъ, оперированныхъ въ 41-мъ черезъ промежность и въ 82-хъ черезъ надлобковую часть живота, смертность была въ 12,8%, а выздоровленіе въ 28%; у *Vignard'a* изъ 35-ти случаевъ, изъ собранныхъ, только у шести возстановилось произвольное мочеиспусканіе. Болѣе благоприятные результаты сообщаетъ *Рознатовскій* въ своей диссертации: изъ 245 случаевъ смертность изъ указана въ 9%; въ большинствѣ случаевъ возстановилась функція мочевого пузыря въ смыслѣ полного или неполного опорожненія: въ этомъ отношеніи операции давали блестящій результатъ; изъ отрицательныхъ сторонъ надо отмѣтить острое психическое расстройство (въ шести случаяхъ), въ 18 случаяхъ (1,5%) образовались свищи, въ шести случаяхъ явилось недержаніе мочи, во многихъ случаяхъ появились частые и болѣзненные позывы, часто наблюдалась полная потеря половой способности и всегда ослабѣвала бывшая. Затѣмъ къ 1-му способу должны быть отнесены: двухсторонняя кастрація, которую профессоръ *Rochet* называетъ „operation antichirurgicale, barbare“, тогда какъ *Albarran* на 20-ти больныхъ съ острымъ задержаніемъ, оперированныхъ по этому способу, имѣлъ три смертныхъ случая, а у 17-ти произвольное мочеиспусканіе возстановилось, при чемъ у четверыхъ

спустя несколько часовъ послѣ операціи, а у другихъ въ болѣе позднемъ періодѣ — до мѣсяца.

Двухсторонняя перерѣзка сѣменныхъ выносящихъ протоковъ, которая предложена взаимнѣй кастраціи, даетъ нестойкій результатъ, лишь временное улучшение мочевыхъ функций на счетъ исчезновенія прилива крови, и, наконецъ, операція *Harrison'a*, названная имъ „*drainage péineale*“, состоящая въ образованіи *boutonnière*, прогрессивномъ расширеніи задней части уретры и дренированіи толстымъ катетеромъ, чаще металлическимъ, мочевого пузыря; по мнѣнію автора, такимъ лѣченіемъ вызывается атрофія *prostatæ*.

Ко второму способу лѣченія, направленному лишь къ удаленію задержанной въ пузырь мочи, относятся: проколъ пузыря и *sectio alta*. Проколъ пузыря троакаромъ съ оставленіемъ на мѣстѣ канюли не даетъ хорошихъ результатовъ: часто замѣчается просачиваніе мочи мимо канюли въ калѣтчатку; такъ *Rochet* изъ 8-ми больныхъ потерялъ трехъ; у *Poilliot* изъ 22-хъ случаевъ 9 окончилось смертельно, благодаря мочевой инфильтраціи. Проколъ тонкой иглой, такъ называемый канюлярный проколъ, и высасываніе мочи приборомъ *Dieulafoy* даетъ лучшіе результаты и можетъ быть повторяемъ часто. *Dieulafoy* сообщаетъ о 12-ти больныхъ, ни у одного изъ нихъ не наступила смерть несмотря на то, что у 4-хъ изъ нихъ проколъ повторялся до 14-ти разъ. *Wattelet* сообщаетъ о больномъ, которому онъ въ теченіе 8-ми дней сдѣлать проколъ 23 раза.

Надлобковое сѣченіе даетъ хорошіе результаты; его часто съ успѣхомъ употребляетъ профессоръ *Poncet*; при этой операціи открывается широкій и прямой доступъ въ полость пузыря и можно ретрограднымъ путемъ провести катетеръ.

Послѣ этого краткаго обзора возвращаюсь къ нашему больному: на совѣщаніи рѣшено было сдѣлать *sectio alta*, но ввиду слабости больного, отложить ее до вечера. Подъ кожу выпрыснуть кофеинъ, внутрь — гофманскія и валеріановыя капли. Вечеромъ въ 10 часовъ состояніе больного позволяло еще подождать съ операціей: небольшія боли въ животѣ, пузырь растянутъ, немного не доходя до пупка; операція отложена до утра. Т<sup>о</sup> 39,5 вечеромъ.

5-го марта. Пузырь растянуть на два пальца выше пупка. Т<sup>о</sup> 38,3; попытки поставить катетеръ ни къ чему не привели, тогда какъ бужъ Бенике, по мнѣнію профессора *Синицына*, былъ въ пузырь; подъ хлороформнымъ наркозомъ сдѣлано *Sectio alta*; по разрѣзѣ пузыря выдѣлялось много кровянистой мочи со сгустками, кислой реакціи. Средняя доля железы оказалась сильно увеличенной и выступающей въ пузырь; конецъ бужа оказался въ пузырь, упираясь подъ основаніе средней доли. Ретрограднымъ путемъ проведенъ катетръ *Mercier* № 25, къ его концу о *orif. ext. urethrae* привязанъ катетръ *Nélaton'a* и проведенъ въ пузырь; послѣдній зашитъ наглухо. Вечеромъ Т<sup>о</sup> 39,4, моча хорошо выдѣляется черезъ катетеръ.

6-е. Т<sup>о</sup> 37,4. Ночная моча съ кровью, днемъ безъ нея. Промываніе пузыря. Т<sup>о</sup> 37,4 веч.

7-е. Т<sup>о</sup> 37,4 утромъ. Т<sup>о</sup> вечеромъ 37,4.

8-е. Т<sup>о</sup> 37,0 — Т<sup>о</sup> 37,4. Поставленъ клистиръ, моча безъ крови.

9-е. Т<sup>о</sup> 38,9. Плохо спалъ, повязка снята, рана въ хорошемъ состояніи; катетеръ удаленъ, каналъ и пузырь промыты. Введенъ катетеръ *Mercier*, такъ какъ *Nélaton'овскій* не удалось провести. Лѣвый придатокъ увеличился, болѣзненъ. Т<sup>о</sup> 40,3. На лѣвое яичко ледъ.

11-е. T° 36,5. Сняты швы, получилась *prima intentio*, катетеръ оставленъ. T° веч. 37,5.

15-е. T° 36,9. На яичко лѣвое согревающій компрессъ. Первый день, какъ ночная моча не содержитъ крови. T° 37,5.

16-е—19-е. T° 37,0 утромъ. T° 39,2 по вечерамъ.

Около рубца сбоку краснота, а затѣмъ флюктуация; въ мышечномъ слоѣ оказался *abscessus*, который вскрытъ. T° не пала; 20-е—30-е марта. T° 37,0 днемъ, веч. t° 39,0. Знобы, поты; причины повышенной температуры не удалось выяснить; произведено бактериологическое изслѣдованіе крови, на мазкахъ крови ничего, посѣвы стерильны.

31-е. T° 36,6. Катетеръ рѣшено удалить; въ 8 час. утра онъ удаленъ, въ 12 час. самостоятельно больной выпустилъ 30,0, остаточной мочи 250,0; вечеромъ выпустилъ 60,0.

Назначена катетеризация и электризация индуктивнымъ токомъ. T° веч. 37,3. Съ удаленіемъ катетера совпало и паденіе T°, и надо думать, что эта гектическая лихорадка была вызвана катетромъ à demeure. Обычно послѣдній служитъ для уретры защитой отъ всасыванія инфекціонныхъ началъ, въ нашемъ же случаѣ было какъ разъ наоборотъ. Дальнѣйшее состояніе больного таково: съ каждымъ днемъ количество произвольно выпускаемой мочи увеличивалось, а остаточной уменьшалось.

22-го апрѣля больной выписался при нормальной t° тѣла, свободномъ каждые 3 часа мочеиспусканіи, безболѣзненномъ; остаточной мочи лишь 30,0.

Въ юнѣ мѣсяцѣ состояніе больного не оставляло желать ничего лучшаго.

Описанный случай показываетъ, какъ проста катетеризация, когда нѣтъ налицо задержанія мочи, и какъ осложняется, дѣлаясь невозможной, когда при наличности выстоящей средней доли является задержаніе мочи. Средняя доля при увеличеніи внутрипузырнаго давленія запирается какъ клапаномъ внутреннее отверстіе пузыря и не давала возможности провести катетеръ. Подобные случаи къ счастью принадлежатъ къ рѣдкимъ, а *Vignard* въ своей диссертации считаетъ ихъ исключительными.

---

### Къ казуистикѣ инородныхъ тѣлъ мочевого пузыря<sup>1)</sup>.

Инородныя тѣла мочевого пузыря могутъ быть двоякаго рода: или представляютъ собою результатъ внутренней дѣятельности организма, или попадаютъ въ пузырь извнѣ. Эти послѣднія проникаютъ въ пузырь или естественнымъ путемъ, черезъ уретру, или *per rectum*, *per vaginam*, черезъ переднюю стѣнку живота при травматическихъ поврежденіяхъ, черезъ воспалительное или язвенное прободеніе пузыря и даже черезъ ротъ, какъ это было въ случаѣ, описанномъ *Robert'омъ*, гдѣ мужчина, ковыряя во рту грифелемъ, нечаянно упустилъ его и проглотилъ, послѣ чего не ощущалъ ничего особеннаго. Черезъ 2 дня ему пришлось соскочить съ дерева и онъ почувствовалъ сильныя боли въ правой чресленной области, которыя скоро стихли, затѣмъ снова возобновились и были настолько сильны, что заставили больного слечь въ постель. Черезъ 2 мѣсяца у него былъ вынутъ изъ пузыря камень, въ центрѣ котораго оказался проглоченный грифель.

Оставляя въ сторонѣ въ настоящемъ своемъ сообщеніи тѣла перваго рода, какъ продуктъ дѣятельности самого организма, я коснусь лишь 2-ой категоріи тѣлъ, и приведу ихъ краткую этиологію, симптоматику, діагнозъ и лѣченіе, упомяну о случаѣ такого инороднаго тѣла, которое по счастію удалось извлечь въ нашей клиникѣ весьма простымъ и легкимъ способомъ. Случай интересенъ еще въ анамнестическомъ отношеніи, ярко иллюстрируя постепенное развитіе мастурбаціи, какъ главнаго вида онанизма и потребность во все болѣе и болѣе сильныхъ ощущеніяхъ сладострастія.

Инородныя тѣла попадаютъ въ мочевой пузырь или произвольно — *per vias naturales*, — вводимыя больными то съ терапевтической цѣлью, ради дѣйствительнаго или воображаемаго суженія мочеиспускательнаго канала, ради зуда, щекотанія въ проходѣ, или безъ всякой цѣли субъектами психически больными и наипаче всего съ цѣлью эротической, ради удовлетворенія сладострастныхъ побужденій, что нерѣдко продѣлываетъ и прекрасный полъ. Довольно часто инороднымъ тѣломъ являются тѣ или иные медицинскіе инструменты, какъ

<sup>1)</sup> Докладъ въ засѣданіи О—ва Русскихъ Хирурговъ въ Москвѣ.

отломок катетера, камнедробителя, нитевидных проводниковъ, сломавшихся при операціи или вслѣдствіе пребыванія катетера à demeure. Здѣсь я позволю себѣ показать нитевидный проводникъ, оставшійся въ пузырьѣ послѣ введенія его въ одной изъ больницъ при желаніи произвести операцію внутренней уретротоміи, извлеченный нами, послѣ предварительнаго экстреннаго расширенія канала стальными бужами, дѣтскимъ камнедробителемъ и отломокъ Nélaton'овскаго катетера, извлеченный уретральными щипцами у одного изъ больныхъ, лежавшихъ въ нашей клиникѣ и продолжавшаго, въ силу невозможности самопроизвольнаго мочеиспусканія, прибѣгать къ катетеру à demeure и гдѣ часть отломка катетера находилась въ простатической части мочеиспускательнаго канала.

Изъ инородныхъ тѣлъ, попадающихъ въ мочевой пузырь при травмахъ послѣдняго, наичаще встрѣчаются куски одежды, пули, осколки гранатъ и костей, а при изъязвленіяхъ, приводящихъ мочевой пузырь въ сообщеніе съ сосѣдними органами или съ патологическими продуктами, развившимися по сосѣдству съ нимъ, въ него проникаютъ каловыя массы, плодовые косточки, глисты, волосы, зародышевыя образованія и т. д. Вообще разнообразіе предметовъ, попадающихъ въ мочевой пузырь, настолько велико, что перечислить ихъ весьма трудно, не злоупотребляя терпѣніемъ слушателей. Здѣсь мы встрѣчаемъ обломки бузей, катетеровъ, чубуковъ, мундштуковъ, иглы, шпильки, бусы, гвозди, карандаши, ручки отъ перьевъ, игольнички, куски восковыхъ свѣчекъ, горошины, колосья, сѣмечки, шарики, изъ воска и даже медальонъ со портретомъ, какъ то наблюдалось въ случаѣ, приводимомъ *Civiale*мъ. Достаточно просмотрѣть таблицу *Poulet*, чтобъ удивиться количеству этихъ предметовъ и людскому терпѣнію и пожалѣть добровольныхъ мучениковъ.

Съ патологоанатомической стороны слѣдуетъ отмѣтить измѣненія въ стѣнкахъ мочевого пузыря и измѣненія съ самимъ инороднымъ тѣломъ.

Вскорѣ послѣ поступленія инороднаго тѣла въ пузырь на немъ отлагаются конкременты солей и иногда по истеченіи лишь 2-хъ сутокъ инородное тѣло бываетъ обложено вполнѣ, какъ бы скорлупою. Скорость такихъ отложеній всего лучше наблюдать при введеніи катетера à demeure, при которомъ перѣдко уже черезъ сутки при перемѣнѣ инструмента на немъ можно констатировать отложеніе солей на той его части, которая находилась въ мочевомъ пузырьѣ. Круглыя, овальныя тѣла покрываются со всѣхъ сторонъ равномерно, тогда какъ тѣла длинныя, остроконечныя прежде всего посредніе. Чѣмъ болѣе шероховата поверхность тѣла, тѣмъ эти отложенія наступаютъ быстрѣе и скоро обращаются въ камень, въ срединѣ котораго они и помѣщаются.

Измѣненія въ стѣнкахъ пузыря сводятся на раздраженіе его стѣнокъ и стоятъ въ зависимости отъ свойства попавшаго инороднаго



тѣла. Заостренныя, продолговатыя тѣла могутъ поранить и даже произвести прободеніе стѣнокъ пузыря, тогда какъ тѣла круглыя, овальныя, съ гладкими поверхностями до тѣхъ поръ безвредны для своего вмѣстителя, пока образовавшійся вокругъ нихъ камень не будетъ вызывать всѣхъ тяжелыхъ послѣдствій этого рода страданія, начиная съ цистита и кончая *pyelo-nephrit'омъ*.

Припадки, вызываемые присутствіемъ инороднаго тѣла въ мочевомъ пузырьѣ весьма различны и зависятъ отъ формы, величины, консистенціи и свойства поверхности инороднаго тѣла. Они характерны въ первое время и могутъ проявляться въ боляхъ и частыхъ позывахъ на мочу, иногда въ прерывистости акта мочеиспусканія и даже полной *retentio*, что объясняется закупориваніемъ выходной части мочевого пузыря или самымъ инороднымъ тѣломъ, или же сгустками излившейся крови. При покойномъ положеніи это *retentio* легко и скоро проходитъ. Иногда инородное тѣло вначалѣ не вызываетъ равно никакой боли; но эта тишина нерѣдко является предвѣстникомъ прободенія пузыря съ его печальными послѣдствіями, а иногда отсутствіе всякихъ припадковъ продолжается, какъ уже сказано, вплоть до образованія каменной болѣзни, причемъ больной до появленія припадковъ послѣдняго страданія совершенно забываетъ о присутствіи въ его пузырьѣ инороднаго тѣла и продолжаетъ вести обычный образъ жизни, занимаясь дѣлами.

Твердые, острые и шероховатыя тѣла вскорѣ вызываютъ явленія цистита, а если проникаютъ въ окружающую пузырь клетчатку, то вызываютъ въ ней нагноеніе, появляется тазовой нарывъ.

Кровотеченіе бываетъ первичное и послѣдовательное. Первое является слѣдствіемъ простаго раздраженія слизистой оболочки пузыря и обыкновенно скоро проходитъ. Кровотеченіе послѣдовательное появляется обыкновенно спустя болѣе или менѣе долгое время послѣ сильныхъ болей и внушаетъ подозрѣніе, не произошло ли прободеніе пузыря, и чаще ведетъ къ летальному исходу.

Въ тѣхъ случаяхъ, когда самъ больной чистосердечно сознается въ произведенномъ имъ съ той или иной цѣлью введеніи инороднаго тѣла въ мочеиспускательный каналъ, проскользнувшаго затѣмъ въ пузырь—діагнозъ не представляетъ никакой трудности и остается лишь ради проверки больного изслѣдовать его мочевой пузырь. Во всѣхъ остальныхъ случаяхъ необходимо произвести тщательное изслѣдованіе больного черезъ брюшныя стѣнки и прямую кишку и прибѣгнуть къ инструментальному изслѣдованію, особенно цистоскопомъ, которымъ легко опредѣляется не только присутствіе инороднаго тѣла, но и его форма и положеніе, что особенно важно въ выборѣ метода оперативнаго вмѣшательства. Изслѣдованіе свойствъ мочи и находящихся въ ней примѣсей также нерѣдко оказываетъ цѣнныя услуги для врача и ведетъ его къ вѣрному діагнозу. Такъ, присутствіе каловыхъ массъ въ мочѣ указываетъ на существующее сообщеніе пу-

зыря съ кишечникомъ, причемъ однако, если мы имѣемъ дѣло съ истеричными женщинами, слѣдуетъ помнить, что послѣднія часто принимаютъ къ мочѣ разнаго рода вещи.

Оставаясь въ пузырьѣ, инородное тѣло или подаетъ поводъ къ образованію мочевого камня, или ведетъ къ летальному исходу, или же вызываетъ образованіе фистулъ, абсцессовъ и поэтому инородное тѣло должно быть удалено изъ мочевого пузыря. Методы удаленія варьируются сообразно съ величиною, формою и свойствами инороднаго тѣла и они столь разнообразны, что приводятъ ихъ всѣ къ какой-либо надобности, тѣмъ болѣе, что отъ ловкости, смѣливости и практическаго навыка самого оператора зависитъ весьма многое. Въ силу сказаннаго, я приведу лишь наипаче встрѣчающіеся въ практикѣ методы извлеченія инородныхъ тѣлъ, попавшихъ въ мочевой пузырь, причемъ слѣдуетъ замѣтить, что нерѣдко легкія и малаго объема гладкія и круглыя тѣла выносятся изъ пузыря струею мочи.

Особенно часто употребляемымъ для извлеченія инороднаго тѣла изъ пузыря инструментомъ служитъ дѣтскій литотрипторъ. Имъ могутъ быть удачно извлекаемы разнаго рода тѣла, начиная съ круглыхъ и овальныхъ и кончая длинными, мягкими, какъ тонкій проводникъ, нами извлеченный. Этимъ же инструментомъ возможно сначала раздробить подходящее инородное тѣло — сургучъ, курительная трубка, кусокъ измѣнившагося зонда, а затѣмъ извлечь при помощи аспиратора.

Если инородное тѣло недоступно раздробленію, но по своей формѣ и природѣ доступно для сгибанія, то слѣдуетъ прибѣгнуть къ инструменту *Mercier* или *Leroy d'Etiolles'a*, хотя и въ этихъ случаяхъ нерѣдко примѣнимъ литотрипторъ.

Тѣла продолговатыя, недоступныя ни раздробленію, ни сгибанію — деревянная палочка и т. п. — иногда легко извлекаются выпрямляющими инструментами, которые устанавливаютъ инородное тѣло въ направленіи своей собственной оси. Сюда относятся рычагъ *Leroy d'Etiolles'a* и экстракторъ *Collin'a*.

Въ случаѣ, если инородное тѣло слишкомъ длинно и его невозможно повернуть въ мочевомъ пузырьѣ, то можно предварительно разсѣчь его ножницами *Caudmont'a* и затѣмъ уже извлечь вышепозначеннымъ способомъ и т. д.

Въ случаѣ, если ни однимъ изъ сказанныхъ методовъ невозможно извлечь инородное тѣло или въ силу его формы и величины, или вслѣдствіе большого количества инкрустацій, его покрывающихъ, или наконецъ въ силу его особаго строенія, его ломкости, то или слѣдуетъ попытаться раздробить инкрустаціи литотрипторомъ и затѣмъ извлечь инородное тѣло однимъ изъ указанныхъ способовъ, или прибѣгнуть къ его извлеченію искусственными путями, — черезъ промежностное или высокое сѣченіе, причемъ слѣдуетъ замѣтить, что черезъ разрѣзъ перваго способа возможно удалять лишь тѣла сра-

внительно небольшого объема, и посему надлобковое сѣченіе въ громадномъ большинствѣ случаевъ будетъ предпочтительнѣе.

Въ мартѣ, 1907 года, ко мнѣ обратился больной, И. М. 19-ти лѣтъ, по занятію конторщикъ, съ жалобой на затрудненное мочеиспусканіе и съ указаніемъ, что онъ нечаянно упустилъ въ мочевой пузырь небольшой металлическій пеналь для карандашей.

Анамнез этого больного, жалующагося также на нѣкоторую слабость и одышку и происходящаго, по его словамъ, отъ вполне здоровой семьи, я позволю себѣ привести его собственными словами—чистосердечное признаніе въ порокѣ и постепенномъ его развитіи: „Когда я былъ еще въ дѣтскомъ возрастѣ, т.-е. лѣтъ 7-ми, то имѣлъ обыкновеніе, мочась, придерживать свой членъ рукой, направляя его. Это со временемъ перешло въ привычку и, когда мнѣ было лѣтъ 10 или 11, я уже не могъ обходиться безъ этого. Случалось, ложась спать и долго не засыпая, я бралъ свой членъ рукой и начиналъ его тискать и мять, что мнѣ доставляло какое-то необъяснимое удовольствіе: я нервно потягивался и зѣвалъ; по моему тѣлу пробѣгала какая-то нервная дрожь; послѣ этого я засыпалъ. Когда мнѣ стало лѣтъ 14, желаніе мять членъ участилось, и вотъ я однажды, находясь въ клозетѣ, попробовалъ это. При этомъ я замѣтилъ, что кожа члена двигается и сталъ продолжать ее двигать снизу вверхъ и наоборотъ, что мнѣ также доставляло пріятное удовольствіе. Это мнѣ понравилось, и я частенько сталъ заниматься. Разъ отъ разу кожа все болѣе опускалась и въ концѣ концовъ головка обнажилась, и у краснѣ кожа стала отрываться. Сначала я испугался, но увидя, что все стало заживать, опять началъ заниматься онанизмомъ. Одинъ разъ я очень долго двигалъ и вдругъ почувствовалъ какой-то пріятный зудъ и вслѣдъ за тѣмъ изъ отверстія показалась бѣловатая жидкость. Какъ только она вышла, я почувствовалъ нѣкоторую слабость; по это скоро прошло. Къ слову сказать, всѣ эти глупости случались со мной въ клозетѣ, и я не подозревалъ, какой вредъ приношу себѣ. Чувствуя, при выходѣ жидкости, пріятный зудъ во всемъ тѣлѣ, а послѣ этого слабость и угнетенное состояніе, я сталъ думать, какъ бы удержать эту жидкость совсѣмъ въ себѣ или на нѣкоторое время, предполагая этимъ продолжить наслажденіе и въ то же время избавиться отъ разслабленія. И вотъ я сталъ безъ всякой жалости затыкать отверстіе ствола всякими вещами, какъ-то: обломками карандаша, бумагой, катушками и всѣмъ, что подъ руку попадется. Все было напрасно. Струя преодолевала всѣ препятствія. Я изобрѣталъ все новые способы для удержанія жидкости. Между прочимъ я пробовалъ залѣпить сургучомъ отверстіе; но, конечно, получилъ обжогъ, а результата не достигъ. У меня все сходило благополучно, и о моихъ глупостяхъ никто не подозревалъ. По мѣрѣ того, какъ я занимался онанизмомъ, я сталъ чувствовать недомоганіе. У меня появилась одышка, самая маленькая простуда у меня обращалась въ серьезную болѣзнь. Послѣ того какъ выйдетъ жидкость и кончатся наслажденія, я начиналъ расканиваться въ сдѣланной глупости и зарекаться больше не дѣлать этого. Но по прошествіи трехъ дней я чувствовалъ потребность въ привычкѣ. Въ тотъ день я начиналъ задумываться и уединяться и, какъ только попадалъ въ клозетъ, начиналъ мучить свой членъ: всячески вертѣть, тискать, тянуть. При этомъ я чувствовалъ стукъ и жаръ въ головѣ; вообще, находился въ возбужденномъ состояніи, а дѣлалъ это для того, чтобы удовлетворить себя и не потерять жидкость. Но мнѣ это большею частью не удавалось, и кончалъ тѣмъ, что жидкость выходила и я впадалъ въ угнетенное состояніе. У меня сразу пропадало все возбужденіе.

„Съ годъ тому назадъ я додумался вызывать раздраженіе посредствомъ вещей, вводимыхъ внутрь канала. Въ это время я поступилъ въ контору и у меня былъ выборъ всякихъ предметовъ для пиханія въ каналъ. Такъ, напр., увидавъ палочку графита, я припрятывалъ ее и при первомъ удобномъ случаѣ засовывалъ въ каналъ и, постепенно сжимая членъ, продвигалъ все дальше и дальше, пока наконецъ мнѣ казалось довольно, и я такимъ же образомъ вынималъ обратно. Одинъ разъ я засунулъ двѣ спички, которыя застряли въ каналѣ и, какъ я ни бился, не могъ ихъ вынуть, но все-таки онѣ вышли вмѣстѣ съ мочою. Всякія металлическія круглыя и гладкія вещицы я употреблялъ въ дѣло и послѣ этого бросалъ въ клозетъ. Разъ удалось достать толстую мѣдную проволоку; я изогнулъ ее полукругомъ и въ такомъ видѣ засунулъ въ каналъ. Вѣроятно, я

онарапалъ внутри канала, такъ какъ у меня пошла кровь изъ отверстія ствола, потомъ перестала, но все-таки я чувствовалъ боль внутри канала. Не ограничившись всѣмъ этимъ, я изобрѣлъ новый способъ мучить члена. У меня былъ карандашъ для смыванія чернильныхъ пятенъ съ рукъ: это были квасцы въ сухомъ видѣ. Я потеръ этимъ карандашомъ мокрую головку члена; сначала мнѣ зашипало ее, но потомъ остался какой-то пріятный зудъ, который продолжался цѣлый часъ. Послѣ этого у меня сошла кожа съ головки члена, но потомъ все обошлось. Это я повторялъ раза 4. Одинъ разъ въ клозетѣ оказалась какая-то черная жидкость, которой я тоже потеръ головку члена; мнѣ ужасно ее зашипало, и послѣ этого она у меня долго болѣла. Всѣ эти мученія сильно охлаждали во мнѣ потребность къ онанизму. Къ тому же я сильно ослабѣлъ и уже желаніе являлось одинъ разъ въ недѣлю, а раньше чуть не черезъ день. Однажды я сильно усердствовалъ въ истязаніи члена, и у меня надорвалась жилка, соединяющая кожу со стволомъ. Находясь на службѣ, я сошелся съ товарищами, которые, не подозревая моей привычки, разъясняли о половой жизни и давали книги на эту тему. И вотъ, читая объ онанизмѣ, я нашелъ нѣкоторыя послѣдствія сходными съ моимъ недугомъ, какъ-то: одышка и то обстоятельство, что если я проголодался, т.-е. не ѣлъ часа три, то у меня появлялась слабость. Когда я прочелъ всѣ послѣдствія онанизма, то ужаснулся, и рѣшилъ бросить привычку, хотя мнѣ не удавалось это сдѣлать сразу. Долго я боролся съ привычкой, но все-таки мнѣ пришлось обратиться за помощью къ врачу, который прописалъ мнѣ микстуру и капли. Хотя я сталъ отставать отъ своей привычки, все-таки не могъ совсѣмъ бросить. Разъ, ложась спать, я на ночномъ столикѣ замѣтилъ металлическій предметъ, который оказался маленькимъ пеналомъ для карандашей. Не долго думая, я взялъ пеналь да и засунулъ въ каналъ. Сначала пеналь не проходилъ въ отверстіе ствола, но, не обращая вниманія на боль, я все-таки просунулъ его и вынесказаннымъ способомъ сталъ водить вверхъ и внизъ и заводилъ до самыхъ яичекъ; послѣ этого я свободно его выдавилъ обратно. Такимъ образомъ, остановившись на пеналѣ, я каждый разъ употреблялъ его въ дѣло, такъ какъ онъ всего болѣе достигалъ цѣли. Все обходилось благополучно, но одинъ разъ, лежа на постели, я такъ далеко завелъ пеналь, что не могъ его вынуть и, какъ ни цупалъ, все-таки не нашелъ его, поэтому и предположилъ, что пеналь проскользнулъ въ мочевоѣ пузырь. Этого раньше со мной никогда не случалось. Я до того испугался, что не могъ спать всю остальную часть ночи. На другое утро, когда я сталъ мочиться, то почувствовалъ, какъ будто что-то заложило проходъ. Я отправился опять къ тому же доктору, который, выслушавъ меня, сказалъ, что онъ помочь мнѣ не можетъ, и направилъ меня къ вамъ."

Освидѣтельствовавъ больного и убѣдившись, введеніемъ въ мочевоѣ пузырь металлическаго зонда, въ присутствіи въ мочевоѣ пузырьѣ какого-то небольшого, повидимому, инороднаго тѣла, легко подвижнаго, я предложилъ ему явиться на другой день въ андрологическую клинику, гдѣ при помощи дѣтскаго литотриптора намъ легко удалось захватить инородное тѣло въ удобномъ для извлеченія положеніи и извлечь его безъ всякаго труда и насилія, не вызвавъ ни боли, ни пораненія канала. Во время извлеченія этого тѣла, оказавшагося небольшимъ пенальчикомъ, оно соскочило съ инструмента въ мембранозной части канала, и тогда фиксированіемъ его задняго конца и медленнымъ продвиганіемъ впередъ, способомъ, практиковавшимся, какъ мы видѣли, и самымъ большимъ, пенальчикъ свободно былъ выведенъ изъ уретры.

---

# О Б З О Р Ъ

## ВРАЧЕБНОЙ ДѢЯТЕЛЬНОСТИ

КЛИНИКЪ

Императорской Екатерининской Больницы

съ 1 сентября 1906 по 1 сентября 1907 г.

---

# ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КЛИНИКА.

---

## I. Болѣзни желудка и кишекъ.

Изъ болѣзней желудка было 4 случая круглой язвы, все у мужчинъ. Въ 2 случаяхъ наступило полное выздоровленіе; въ третьемъ, у мужчины 53 лѣтъ, гдѣ язва была давняго происхожденія, гдѣ кромѣ того былъ пиелонефритъ, какъ слѣдствіе хронической бленно-реи, и общее состояніе больного было подорвано lues'омъ, лѣченіе не могло быть доведено до конца, и результатъ его былъ только относительно благопріятнымъ; въ 4-омъ при наличности круглой язвы (кровавыя рвоты, боли и обильное содержаніе соляной кислоты въ желудочномъ сокѣ), послѣдняя осложнилась раковымъ перерожденіемъ стѣнки язвы — въ области привратника прощупывалась быстро растущая бугристая, твердая опухоль; несмотря на наступленіе раковой кахексін, содержаніе соляной кислоты въ повышенномъ противъ нормы количествѣ было наблюдаемо за все время пребыванія больного въ клиникѣ. Больной скончался въ кахексін черезъ 2 мѣсяца у себя дома.

Острыхъ гастритовъ было три случая (3 женщ.). Все они сопровождались явленіями острого энтерита; одинъ, инфекціоннаго происхожденія, протекалъ съ высокой t-рой, остальные 2 — какъ слѣдствія погрѣшностей въ діетѣ; кончились они все выздоровленіемъ.

Одинъ случай *achyliae gastricae* у женщины 34 лѣтъ, поступившей въ клинику по поводу диспептическихъ явленій, присоединившихся къ нервному разстройству; изслѣдованіе желудочнаго сока указало на полное сохраненіе моторной дѣятельности желудка при отсутствіи пептической способности послѣдняго. Лѣченіе, направленное на улучшеніе общаго состоянія, привело къ исчезновенію диспептическихъ явленій, несмотря на существованіе *achylia*.

Одинъ случай *crises gastriques* при *tabes* у мужчины 40 лѣтъ, имѣвшаго lues, мало лѣченный. Улучшеніе наступило при специфическомъ лѣченіи.

Два случая хроническаго катарра желудка; одинъ у туберкулезной больной, другой у 45-лѣтняго алкоголика — въ обоихъ наступило улучшеніе.

Два случая нервной диспепсін (1 муж. и 1 жен.), гдѣ лѣченіе общаго состоянія повліяло и на улучшеніе диспептическихъ явленій.

Случаевъ новообразованій желудка было 7. (4 муж. и 3 жен., всѣ въ возрастѣ старше 40 лѣтъ). Въ одномъ раковая опухоль находилась у входа желудка, что подтвердилось на вскрытіи, въ другомъ узлы находились на большой кривизнѣ и передней поверхности желудка; въ остальныхъ не удавалось прощупать новообразованіе. Руководствовались при діагнозѣ: кахексіей, отсутствіемъ соляной кислоты; въ одномъ случаѣ отсутствіемъ пищеварительнаго лейкоцитоза, а въ другомъ наличиемъ метастазовъ въ лимфатическихъ железахъ въ лѣвой подмышечной впадинѣ.

Изъ заболѣваній *кишечника* было 16 случаевъ аппендицита; изъ нихъ 6 мужчинъ и 10 женщинъ.

Два случая были приняты съ явленіями общаго перитонита, и они кончились смертельно.

Въ одномъ случаѣ, гдѣ длительная тифическая лихорадка и лейкоцитозъ до 40.000 указывать на существованіе нагноенія — была произведена операція, послѣдствіемъ которой было *fistula abdominalis*; гной вышелъ *per vaginam*. Въ другомъ больной съ гнойникомъ подвергся хирургическому леченію; въ третьемъ гнойникъ прорвался *per rectum*. Остальные выздоровѣли безъ хирургическаго вмешательства.

Одинъ случай туберкулезнаго перитонита, переданный хирургамъ. 1 случай *volvulus coeci*. Операція, смерть отъ перитонита.

Наконецъ, три случая хроническаго энтероколита у женщинъ, изъ которыхъ два кончились выздоровленіемъ и одинъ улучшеніемъ.

## 2. Болѣзни печени.

Съ сентября 1906 г. по сентябрь 1907 г. въ терапевтической клиникѣ было всего 22 случая страданій печени.

Выписано выздоровѣвши. или съ улучшен. 11

Оперированъ съ благополуч. исходомъ . . . 1

Выписано безъ улучшенія . . . . . 5

Exitus letalis . . . . . 5

Итого . . . 22 случ.

*Cholelithiasis et Colica hepatica* 6 случаевъ (2 м. + 4 ж.).

Желтухой сопровождалось 5 случаевъ. Желчные пигменты въ мочѣ въ 5-ти случаяхъ, въ 1-мъ, сверхъ того, уробилингъ. Бѣлокъ въ мочѣ въ 3-хъ случ., а цилиндры въ 2-хъ. Въ 4-хъ случаяхъ лейкоцитозъ. Въ 3-хъ случаяхъ налицо были явленія ангиохолита:

a) Операція съ благополучнымъ исходомъ (камень сидѣлъ въ *ductus cysticus* у самаго d. *choledochus*, отчасти закупоривая послѣдній).

b) Предложена операція (длительная желтуха, высокая t°, частая col. h.), больная отказалась, выписана безъ улучшенія.

с) Являлась *suspicium neoplasm*. При явлениях сердечной слабости exit. let. Diagnosis anatomica: Cholecystit. calc., gangr. cum perforat. Periton. Hepatitis purulenta.

Въ 1-мъ случаѣ Colica h. у нефритички интерст. типа.

Лѣчение: Salomel, Carlsbad. Салициловые препараты. Прованское масло. Припарки. Теплыя ванны. Морфій (ин.) при боляхъ.

*Icterus catarrhalis* (4 случая: 2 м. + 2 ж.).

Въ 2-хъ случаяхъ (2 м.) желтуха развилась послѣ желудочно-кишечныхъ расстройствъ: въ 1-мъ случаѣ послѣ чрезмерной выпивки съ закусками. Въ одномъ случаѣ расстройства эти явились результатомъ застойныхъ явленій (insuf. valv. aortae, myocarditis) въ ж.-киш. трактѣ при раздраженіи, быть можетъ, посядндаго лѣкарственными веществами. (Сл. кончился детально).

Въ 2-хъ остальныхъ случаяхъ (2 ж.) этиологія темна. Болѣзнь развилась бурно (*Icterus infectiosus*) съ высокой т° и общими тяжелыми явлениями. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ у больной былъ sten. mitr.

Все больные (за исключеніемъ сл. съ insuf v. aortae) поправилась. Лѣчение: Salomel, ревенъ, салициловые препараты, Carlsbad, Эмсъ, тепло на животъ.

*Венозные циррозы печени.*

*Cirrhosis hepatis atrophica* (Лаеннек'овскій циррозъ) 2 случая (2 м.).

Въ обоихъ случаяхъ при уменьшенной печеночной тупости была большая селезенка. Въ 1-мъ изъ нихъ этиологія — *abusus* при дурныхъ условіяхъ жизни. Въ другомъ было указаніе на lues въ анамнезѣ. Въ обоихъ случаяхъ асцитъ. Въ одномъ — рѣзкая Caput Medusae.

Выписались оба съ улучшеніемъ.

*Cirrhosis hepatis infantilis*. 1 случай (19-л. м.).

Общая слабость, поносы (3 года). Большая и плотная селезенка (замѣчаетъ ее 8 лѣтъ) при уменьшенной печеночной тупости. Носовыя кровотечения. Желтуха склеръ. Кровь: Hb 97<sup>0</sup> « Kp. 5480000 B 2800. Выписался безъ улучшения.

*Cirrhosis hepatis v. hypertrophica* 1 случай (ж.) — 2 сл. (м.).

1-й. Больная страдала сверхъ того arterioscleros'омъ и миокардитомъ. Послѣ выпусканія асцита, выписана съ улучшеніемъ. Печень плотна и велика, равно какъ и селезенка.

2-й и 3-й. Въ 2-хъ случаяхъ у мужчинъ діагнозъ колебался между cirrh. hep. hypertr. и neoplasma h. Въ обоихъ случаяхъ большая печень была бугровата. Одинъ изъ нихъ выписался безъ улучшения, другой кончился детально при явленияхъ сердечной слабости. (Diagn. anatomica: Hep. lobatum. Cirrh. hep. et perihep. chr. Hyperplas. pulvae lienis).

*Билиарные циррозы печени.*

*Cirrhosis hepatis biliaris hypertrophica* (*Cirrhosis h. Hanot*) 1 случай.

Циррозы Hanot — рѣдкіе гости больныя. Крестьяннѣ 37 лѣтъ 1½ года болѣла желтухой. Большая плотная, гладкая печень. Большая



селезенка. Желчные пигменты и уробилинъ въ мочѣ. Лейкоцитозъ (14100). Печеночныхъ коликъ не было. Lues отрицаетъ. Въ анамнезѣ: *abusus* и *malaria*, ежегодно обострявшаяся. Испражнения никогда не обезцвѣчивались. Т° субфебрильная. Періодами наступаютъ ухудшенія. Выписанъ безъ улучшения. Лѣчение: *Calomel.* *Natr. jodatum.* *Arsenic.* и *strychn.* подъ кожу.

При лѣченіи же венозныхъ циррозовъ приходилось прибѣгать къ *Calomel*ю, пункциямъ живота, мочегоннымъ (*Urea*, *diuretin*, *theophyllin* и т. п.). Животъ электризовали фарад. токомъ и смазывали *t-ra jodi* с. *guajac.* *abs.*

*Lues hepatis* 2 случая (2 ж.).

Въ обоихъ случаяхъ 1) *Hepatitis diffusa et perih. lueticae. Gummata lobi hepat. sinistri*, и 2) *Cirrhosis hep. et nephr. chr. sub syphilide*; больныя и бугристыя печени потеряли подъ вліяніемъ фрикцій (*ung. grisei cum resorb.* à 4,0 (20 — 18) и лѣченія іодистымъ натромъ, свою бугристость и болѣзненность, и сильно сократились въ объемѣ съ полной переменѣной самочувствія больныхъ въ смыслахъ улучшения.

3 случая (3 м.) болѣзней печени позволяли ставить лишь сомнительный діагнозъ:

1. *Lues hepatis*. Мужчина луетикъ съ бугроватой, каменистой консист. печенью безъ увеличенія селезенки выписался безъ какихъ-либо улучшеній послѣ основательнаго ртутно-іодистаго лѣченія.

2. *Cirrhosis hep. Lues h? Tbc pulm.* Большая плотная печень съ большимъ узломъ на поверхности. Тбе легкихъ съ бактеріями въ мокротѣ. Лѣчение легочнаго процесса и *calomel*ныя инъекціи. Нарастаніе *cachectin*, *exitus* (*Diagn. anatomica: Tbc pulm. Hepar lobat. syph. Perihepatitis adhaesiva. Deg. amyloid. ren. et lienis*).

3. *Hepar lobatum, amyloid hepatis (forsitan neoplasma)*. Большая бугристая печень, асцитъ, *Caput Medusae*, лues въ анамнезѣ. Т° до 38,2°. Пункция и мочегонныя (*Diuret. Agurin. Theoph.*). *Coffein.* *Exitus* при явленіяхъ *debilit. cordis* (*Diagn. anat. Hepatoadenoma. Trombosis venae portae*).

### 3. Болѣзни мочевыхъ органовъ.

Больныхъ съ воспаленіемъ почекъ было 17 мужчинъ и 18 женщинъ, въ томъ числѣ съ острымъ нефритомъ 5. Въ качествѣ этиологическаго момента при остромъ нефритѣ въ 2-хъ случаяхъ въ анамнезѣ отмѣчается простуда (1 мужч. 15-ти л. и женщ. 28-ми л.). Въ 1-мъ случаѣ острый нефритъ развился у мужчины 18-ти л. тотчасъ послѣ инфлюэнцы. У 2-хъ больныхъ 24-хъ и 27-ми л. — во время беременности. Увеличеніе сердца можно было констатировать во всѣхъ случаяхъ, кромѣ случая остраго нефрита послѣ инфлюэнцы. 2-е больныхъ выписались безъ отековъ и бѣлка въ мочѣ, остальные съ улучшеніемъ.

Хроническій нефритъ наблюдался у 15-ти мужч. и 15-ти женщ., причемъ въ интерстиціальной формѣ въ 14-ти случаяхъ, въ 8-ми случаяхъ болѣзнь явилась въ больницу въ стадіи обостренія хронического нефрита. По возрасту больныхъ можно распредѣлить слѣдующимъ образомъ: отъ 14-ти до 30-ти лѣтъ — 3 мужч. и 3 женщ., отъ 30-ти до 40 л. — 2 мужч. и 6 женщ., послѣ 40 л. — 10 мужч. и 6 женщ. Уремическія явленія наблюдались у 4-хъ больныхъ. Въ 6-ти случаяхъ кромѣ хронического нефрита рѣзко выступали явленія хронического миокардита и артеріосклероза. Что касается до этиологіи описываемыхъ случаевъ хронического нефрита, то въ анамнезѣ чаще всего отмѣчается *abusus spirituosorum* — 12 случаевъ, въ 3 скарлатина, въ 3 простуда (случаи обостренія) и въ 1 дифтеритъ. Аутопсії было шесть — 4 мужч. и 2 женщ. Остальные выписались съ болѣе или менѣе значительнымъ улучшеніемъ.

Кромѣ того былъ 1 случай хронического піело-нефрита у женщины 28 л., въ мочѣ которой находился въ большомъ количествѣ *bac. coli commun.*

Случаевъ піелита было 6 — всѣ женщины въ возрастѣ 18—44 л. У 2 изъ нихъ изъ мочи была выдѣлена чистая культура *bac. coli commun.*

Почечная колика наблюдалась у 3 мужч. и 3 женщ. въ возрастѣ 31—53 л., причемъ въ 2 случаяхъ (женщ.), кромѣ большого количества солей, въ мочѣ можно было констатировать и подвижность почки.

Туберкулезное заболѣваніе мочевыхъ органовъ наблюдалось только въ 1 случаѣ у мужчины 28 л. съ туберкулезомъ легкихъ (*prostatitis et cystitis tubercul.*); въ мочѣ и мокротѣ у него найдены были въ больномъ количествѣ туберкулезныя палочки.

#### 4. Болѣзни сердца.

Въ отчетномъ году больныхъ сердечными заболѣваніями было всего 49; изъ нихъ 33 мужчины и 16 женщинъ; умерло 9, выписалось, болѣе или менѣе поправившись, 40.

*Недостаточность аортальныхъ клапановъ.* 7 случаевъ, всѣ мужчины, 1 случай кончился смертью, остальные выписались съ улучшеніемъ. Въ 3-хъ случаяхъ въ качествѣ этиологическаго момента отмѣчается *lues*, въ 2-хъ случ. предшествовавшія инфекціонныя заболѣванія, въ остальныхъ этиологическій моментъ не выясненъ.

Отдѣльно описанъ случай остраго эндокардита, сопровождавшійся *подоортальнымъ стенозомъ* и недостаточностью аортальныхъ клапановъ.

*Пораженіе лѣваго венознаго отверстія* наблюдалось въ 15 случаяхъ, изъ нихъ 6 мужчинъ, 9 женщинъ; 3 случая кончились смертью, въ 12 случаяхъ улучшение. *Недостаточность митральной заслонки* была въ 4-хъ случаяхъ, стенозъ въ 9; комбинація недостаточности со стено-

зомъ въ 2-хъ. Въ 3-хъ случаяхъ на ряду съ хроническимъ пораженіемъ клапановъ наблюдались явленія острого и подострого эндокардита.

1 случай былъ осложненъ перикардитомъ. Въ 7 случаяхъ въ качествѣ этиологическаго момента отмѣчается *Rheumatismus articulo- acutus*.

2 случая *комбинированнаго пораженія аортальныхъ и митральнаго клапановъ*, оба у женщинъ; 1-й — *insuff. v. v. aortae et stenosis mitralis*, 2-й — *stenosis aortae et stenosis mitralis* — оба вынсались съ улучшеніемъ.

2 случая *острого перикардита*; оба на почвѣ острого суставнаго ревматизма; 1 случай (мужч.) сопровождался острымъ плевритомъ — кончился выздоровленіемъ, 2-й (мужч.) — сопровождался подострымъ эндокардитомъ и недостаточностью клапановъ аорты, — кончился смертью.

*Хроническій миокардитъ* наблюдался въ 16 случаяхъ; мужчинъ 12, женщинъ 4. Умерло 2, вынсалось съ улучшеніемъ 14. Алкоголизмъ отмѣчался въ 4 случаяхъ; 2 изъ нихъ сопровождалось алкогольными невритами. Въ 3-хъ случаяхъ на первый планъ выступали явленія стенокардіи и артеріосклероза; одинъ изъ нихъ скончался внезапно во время приступа стенокардіи — вѣроятно вследствие тромбоза вѣнечн. артер. сердца. Два случая были сифилитическаго происхожденія (*lues cordis*); специфическое лѣченіе дало благоприятный результатъ.

*Аневризмы аорты* наблюдались въ 6 случаяхъ (5 мужчинъ, 1 женщина). 1 случай кончился смертью, 4 вынсались съ улучшеніемъ субъективныхъ явленій, 1 случай безъ улучшения. Удостоверенный *lues* отмѣчается въ 3-хъ случаяхъ; въ 4-хъ случаяхъ расширение захватывало *pars ascendens et arcus aortae*; 1 случай сопровождался недостаточностью аортальныхъ клапановъ.

## 5. Болѣзни легкихъ.

Истерный годъ былъ богатъ легочными заболѣваніями. Наибольшее число послѣднихъ падаетъ на крупозную пневмонію — въ общемъ 42 случая; изъ нихъ мужчинъ 20, женщинъ 22.

Изъ крупозныхъ пневмоній одинъ случай былъ осложненъ плевритомъ, одинъ нефритомъ нижнихъ конечностей, наступившимъ въ періодъ выздоровленія, одинъ сочетался съ острымъ нефритомъ; наконецъ былъ *partus praematurus* на 5-й день заболѣванія. Смертью кончились 5 случаевъ: одинъ случай старческой пневмоніи, одинъ случай двусторонней пневмоніи — больные скончались въ состояніи высокой гипереміи и, наконецъ, 2 случая были осложнены хроническимъ нефритомъ и миокардитомъ.

Два случая пневмоніи представляютъ особенный интересъ. Въ первомъ дѣло шло о крѣпкомъ мужчинѣ среднихъ лѣтъ, который, перенеся лѣвостороннюю крупозную пневмонію, заболѣлъ всѣми при-

знаками плеврита. Въ клиникѣ — неоднократно пункции подтвердили наличие серознаго экссудата съ лѣвой же стороны; цитологическая формула выпота была: чистый лимфоцитозъ; въ экссудатѣ и въ разводахъ диплококки Френкеля; въ крови лейкоцитоза не обнаружено. Экссудатъ осложняется абсцессомъ легкаго съ правой стороны — больной выхаркнулъ около литра гноя, состоящаго изъ лейкоцитовъ и содержащаго чистую культуру того же диплококка. Кончилось полнымъ выздоровленіемъ. Во второмъ случаѣ у молодого человека, познучившаго незадолго *lues*, крупозная пневмонія затянулась; длительная лихорадка и явленія интерстиціальной пневмоніи; лѣчение йодомъ и ртутью дало положительный результатъ; затѣмъ вновь возникла лихорадка и при пробной пункции обнаружено скопленіе гноя въ больномъ легкомъ; резекція ребра; въ легкомъ гнойникъ, величиной съ грецкій орѣхъ. Выздоровленіе.

Кромѣ крупозныхъ пневмоній было 2 случая стрептококковой бронхопневмоніи; одинъ кончился смертію и 8 случаевъ арральныхъ пневмоній, какъ осложненія инфлюэнцы.

Серозныхъ выпотовъ въ плевральныя полости было 14; изъ нихъ у мужчинъ въ 8 случаяхъ, у женщинъ въ 6; правостороннихъ — 11. Всѣ они кончились выздоровленіемъ. Въ 4 случаяхъ были обнаружены туберкулезъ легкихъ (объективные признаки и нахожденіе бацилл Коха).

Цитологическая формула была во всѣхъ случаяхъ — лимфоцитозъ, исключая двухъ, гдѣ преобладали полинуклеары и не было обнаружено туберкулеза легкихъ. Экссудатъ былъ выпущенъ помощью аппарата Potain'a — въ 5 случаяхъ.

Туберкулезъ легкихъ былъ представленъ 16-ю случаями; изъ нихъ 2 осложняли язву желудка и малярію; въ одномъ — туберкулезный циститъ и простатитъ. Смертью кончились 4 случая. Эмпіэмы было 2 случая — одинъ, въ которомъ содержимое плевральной полости было рѣдкаго состава: кромѣ гноя и детрита — масса кристалловъ холестерина. Была произведена резекція 4-хъ реберъ. Улучшеніе наступило долгое время спустя. Другой, гдѣ пробная пункция сопровождалась острымъ пнеймотораксомъ; немедленно произведенный торакоцентезъ облегчилъ состояніе больного.

Кромѣ перечисленныхъ были: одинъ случай бронхиальной астмы, одинъ случай сифилитическаго стеноза гортани, потребовавшаго трахеотоміи, и случай рака легкаго, гдѣ новообразование, частью проросло въ *v. cav. super.*, частью сдавило послѣднюю, слѣдствіемъ чего при жизни былъ значительный отекъ всей верхней половины туловища (*oedème en pelerine* французск. авторовъ).

## 6. Болѣзни крови.

Съ болѣзнями крови было 12 случаевъ. 6 мужчинъ и 6 женщинъ. Изъ нихъ трое умерло — 2 съ пернициозной анеміей, одинъ съ лейкеміей и 9 выписались съ улучшеніемъ.

### *Пернициозная анемія.*

1) Мужчина 45 лѣтъ. Болѣзь длилась 6 мѣсяцевъ. Геморроидальныя кровотеченія. Увеличеніе печени, селезенки и сердца — шумовъ не было. Кровоизліянія на ретинѣ. Т° 38. Кровь: Нб. 40%, эритроцитовъ 1.700.000, б. 6.700, пойкилоцитозъ, эритробласты, въ анамнезѣ — lues. На аутопсіи оказалось: hyperplasia rubra medullae osseae, ecchymoses subpericardiales, hyperplasia lienis.

2) Женщина 46 лѣтъ. Болѣзь длилась 3 мѣсяца. Увеличеніе селезенки и сердца — шумъ у основанія. Кровь: Нб. 28%, эр. 1.200.000, бѣл. 2.000. Пойкилоцитозъ, эритробласты, міэлоциты. Т° 37 — 38. Autopsia: Hyperplasia rubra medullae osseae. Hyperplasia lienis. Degeneratio parenchymatosa renum, degeneratio adiposa cordis. Этотъ интересный случай будетъ подробно описанъ д-ромъ Ластовскимъ.

### *Chlorosis.*

Крестьянка 16 и кр. 14 лѣтъ. Въ обоихъ случаяхъ было увеличеніе сердца съ шумомъ у основанія. Кровь до лѣченія въ 1-мъ случаѣ: Нб. 55%, эр. 3.000.000, бѣл. 4.000; при выпискѣ Нб. 75%, эр. 5.000.000, б. 5.000. Во 2-мъ случаѣ до лѣченія Нб. 28%, эритроцитовъ 1.400.000, б. 4940; при выпискѣ Нб. 60%, эритроц. 3.000.0000, б. 6.000. Въ обоихъ случаяхъ въ этиологій тяжелыя условія существованія и запоры.

### *Chloranaemia.*

Было 5 случаевъ. Въ одномъ — въ анамнезѣ enterocolitis chronica. Измѣненія крови были незначительны; больной выписался поправившись. 3 больныхъ имѣли въ этиологій сильныя геморроидальныя кровотеченія. У одного изъ нихъ были глубокия измѣненія крови: Нб. 18%, эр. 1.940.000, б. 8.000. Пойкилоцитозъ. При выпискѣ — пойкилоцитозъ исчезъ. Нб. 32%, эр. 3.200.000, б. 4.440. У всѣхъ 3-хъ больныхъ были констатированы шумъ у основанія сердца; въ 2-хъ случаяхъ было увеличеніе печени. Больные выписались поправившись. Наконецъ одинъ случай тяжелой анэміи послѣ большихъ кровопотерь при выкидышѣ. Увеличеніе печени и сердца — шумъ у основанія и верхушки. Т° 38. Кровь: Нб. 10%, эритроц. 1.000.000, б. 3.500. Эритробласты. При выпискѣ Нб. 30%, эритроц. 2.900.000, б. 6.700.

### *Лейкемія.*

1. Лимфатическая лейкемія. Крестьянка 34 лѣтъ. Увеличеніе железъ, печени, селезенки, сердца съ неорганическимъ шумомъ у основанія, болѣзненность костей. Кровь: Нб. 35%, эр. 2.000.000, б. 900.000 (почти сплошь лимфоциты). Была примѣнена рентгенизація, дававшая повидимому уменьшеніе селезенки и лимфоцитовъ, но въ виду слабости больного пришлось ее оставить. Больная скончалась.

2. Лейкемія міэлогеннаго типа. Увеличеніе селезенки, болѣзненность костей, въ особенности os. sterni. Кровь: Нб. 100%, эр. 5.700.000, б. 25.000. Лимф. 30%. Эозиноф. 1%.

Прочихъ элементовъ 69<sup>о</sup> о. Міэлоциты, эритробласты. Больной выписался съ относительнымъ улучшеніемъ.

### *Псевдолейкемия.*

Кр. 29 лѣтъ, больна 4 года. Увеличеніе селезенки и лимфатическихъ железъ. Кровь Нб. 113<sup>о</sup> о, эр. 3.800.000, б. 29.970 лейкоцитозъ временный—*angina follicularis*. Среди лейкоцитовъ много переходныхъ формъ; клѣтокъ Törka и большихъ лимфоцитовъ не было. При выпискѣ: Нб. 113<sup>о</sup> о, эр. 5.700.000, б. 7.040.

## 7. Инфекціонныя болѣзни.

Съ сентября 1906 г. по сентябрь 1907 года инфекціонныхъ больныхъ было 59. Изъ нихъ 32 случая съ брюшнымъ тифомъ: 19 муж. и 13 женщ. Поступали больные въ клинику: 8 случ. на первой недѣлѣ болѣзни, 18—на второй, 3—на третьей, и 3 въ концѣ четвертой недѣли. Продолжительность тифа колебалась отъ 11 до 55 дней. Рецидивы наблюдались въ 7 случаяхъ, съ продолжительностью отъ 5 до 18 дней. Промежутки между тифомъ и рецидивомъ колебались отъ 3 до 10 дней. Наблюдавшіяся осложненія за время теченія болѣзни, въ 3 случаяхъ—*parotitis acuta*, въ 3-хъ—*thrombo-phlebitis*, въ одномъ *otitis media purulenta*, въ одномъ—*cystitis et pyelitis [ex bacterio coli commune]*, въ 2-хъ случаяхъ—*myocarditis chron.*, въ одномъ—*myocarditis acuta*, кончившіеся смертью. Во всѣхъ прочихъ 31 случаяхъ, полное поправленіе.

Изъ осложненій стационарныхъ отмѣчено: въ одномъ случаѣ буторчатка легкихъ, въ одномъ—*tabes dorsualis* съ *lues*омъ въ анамнезѣ, въ одномъ значился *abusus spirituos.*

По отдѣльнымъ симптомамъ больные распределялись слѣдующимъ образомъ: въ 5 случаяхъ—рвота въ началѣ болѣзни; въ 7 случаяхъ поносы; въ 14—запоры; селезенка прощупывалась въ 22 случаяхъ; шескъ въ ileo-соедѣльной области констатированъ въ 7 случаяхъ; бѣлокъ въ мочѣ, безъ цилиндровъ, обнаруженъ въ 20 случаяхъ; съ гіалин. и зернистыми цилиндрами въ 6 случаяхъ, бронхиальный катарръ—въ 23 случаяхъ; при чемъ въ мокротѣ одного найдены были стрептококки, у другого—бациллы Коха; увеличеніе сердца за время болѣзни констатировано въ 7 случаяхъ: въ 4-хъ—граница глухого звука достигала *lin. mam. sin.*, въ 3-хъ—заходила за сосковую линію, болѣе чѣмъ на плессиметръ; затемненіе сознанія наблюдалось въ 3-хъ случаяхъ, съ бредомъ было 5 случ., розеола въ 10 случ.; поты въ первую недѣлю болѣзни и за все время ея отмѣчались въ 10 случ.; диазо-реакція въ 18 случ.; феноменъ Видаля (1:100) въ 13 случ.

*Typhus exanthematicus* одинъ случай, доставленный въ клинику на 8-й день болѣзни, а на 20-й—кончившіеся летально.

*Influenza*—8 случ. Продолжительность болѣзни колебалась отъ 3—15 дней. Въ 5-ти случ. болѣзнь кончилась кризисомъ. Во всѣхъ

случаяхъ — катарральныя явленія въ верхнихъ дыхательныхъ путяхъ. Всѣ больные поправились.

*Typhus recurrens* въ 4-хъ случ., въ крови конхъ были найдены спирохеты Обермейера, и оба продолжали по два лихорадочныхъ приступа.

*Dysenteria* — 4 случ., 3 изъ нихъ выписались съ поправленіемъ; четвертый, — 16-тилѣтняя *virgo intacta*, представлявшая изъ себя дегенеративнаго субъекта (недоразвитыя конечности и лицо правой стороны), — кончился летально.

*Malaria tertiana* два случая, скоро поправившіеся при леченіи хининомъ.

*Polyarthrititis rheumatica* — 4 случ. безъ осложненій со стороны сердца и выписавшіеся съ поправленіемъ.

*Meningitis tuberculosa* два случая, кончившіеся, не приходя въ сознаніе, летально: первый на 1-й день, а второй на 2-й день по поступленіи въ больницу.

Два случая съ *encephalit'омъ* и одинъ случай съ *sepsis'омъ* (стрептококковаго характера) кончились летально.

## 8. Болѣзней обмѣна было 5 случаевъ:

1) *Rachitis tardiva*. *Genu valgum*. 2) *Diabetes mellitus*. (панкреатическій). 3) *Obesitas*. 4) *Podagra*. 5) *Podagra pauperum*.

Болѣзни мышцъ: 1 случай *Lumbago*.

## 9. Отравленія.

Всѣхъ случаевъ отравленія за отчетный годъ было 24: 10 мужчинъ и 14 женщинъ. Въ возрастѣ отъ 16 — 25 лѣтъ — 66,6%. Старше 25 лѣтъ — 33,3%. Выздоровѣло 19 (79,1%); умерло 5 (20,9%).

Отравленій нашатырнымъ спиртомъ было 7. Изъ нихъ выздоровѣло 6; умеръ 1.

Во всѣхъ случаяхъ наблюдались ожоги слизистой рта, глотки, пищевода, а въ 1 случаѣ и желудка. Осложненія со стороны почекъ (бѣлоки и цилиндры) наблюдались въ 2-хъ случаяхъ — изъ нихъ 1 поправился и 1 умеръ. Въ 2 случаяхъ отмѣчены трахеитъ и бронхитъ и въ 1 — *pneumonia (toxica)*. Повышеніе температуры наблюдалось въ 4 случаяхъ.

Отравленій морфіемъ и опіемъ было 5. Умеръ 1. Выздоровѣло 4. Въ 1 случаѣ были осложненія со стороны почекъ (больной поправился).

Отравлений уксусной кислотой — 3. Выздоровѣло 2, умеръ 1. Во всѣхъ 3-хъ случаяхъ были ожоги слизистыхъ.

Отравлений противоклоповной жидкостью было 2. (Отецъ и сынъ). Оба больные выздоровѣли. Клинически наблюдались слѣдующія явленія: паденіе пульса, ціанозъ, похолоданіе конечностей и глухота. По анализу жидкость содержала анилинъ.

Отравленіе мышьякомъ наблюдалось въ 1 случаѣ (1 2 рюмки мышьяка въ видѣ порошка). Больной поправился.

Въ 1 случаѣ было отравленіе *petroleo et fol. nicotianae*. (Больной натирался керосиномъ, настоеннымъ на табачныхъ листьяхъ.) Черезъ 2 дня больной поправился.

1 отравленіе *jodo puri*: ожоги слизистыхъ рта и зѣва. Катарры слизистыхъ дыхательныхъ путей. Больной выздоровѣлъ.

1 отравленіе стрѣннымъ эфиромъ. Выздоровленіе.

Отравленіе сулемой наблюдалось 1 разъ. Больная скончалась при явленіяхъ анурии.

Отравленіе бертолетовой солью было въ 1 случаѣ. Больная приняла 45,0 *kalii chlorici*. Клиническія явленія:  $t^{\circ}$  40,0 $^{\circ}$ . Моча насыщена — содержитъ бѣлокъ. Кровь:  $Hb$  40%. Красныхъ шариковъ: 2.000.000. Бѣлыхъ 11.000. Временная анурия. Больная скончалась.

Въ 1 случаѣ характеръ отравленія остался не выясненнымъ. Больная поправилась.

## 10. Нервные болѣзни.

Органическихъ заболѣваній головного и спинного мозга было 8.

1) *Hemiparesis dextra ex thrombosi. Aphasia, Dysarthria. Dementia.* (Lues и алкоголизмъ въ анамнезѣ.) 2) *Insultus apoplecticus.* 3) *Tumor cerebri.* 4) *Insultus apoplecticus; Arteriosclerosis* 5) *Tabes dorsalis.* Умерло 3: 1) *Arteriosclerosis. Apoplexia cerebri.* 2) *Encephal meningitis. Endocarditis.* 3) *Encephalitis.*

Функциональных заболѣваній нервной системы было 11. Изъ нихъ 6 съ характеромъ неврастеніи и 5 съ характеромъ истеріи. Всѣ больные выздоровѣли.

Заболѣванія периферическихъ нервовъ наблюдалось въ 1 случаѣ *ischias.* Выздоровленіе.

Изъ числа сосудо-двигательныхъ неврозовъ наблюдался 1 случай Базедовой болѣзни. Больная поправилась. (Одновременно больная перенесла дифтеритъ.)



## НЕРВНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ОТДѢЛЕНИЕ

---

### Стаціонарные больные.

Съ 19 сентября 1906 г. по 4 мая 1907 г. всего находилось въ отдѣленіи 51 больной (17 женщинъ и 34 мужчины).

По характеру заболѣваній больные могутъ быть распредѣлены на слѣдующія группы:

1. Сифилисъ и парасифилисъ н. с. . . . .	10
2. Травматическія заболѣванія нервной системы (Vulnus punctum medull. spinal., fractura vertebrarum, травматическія функціональн. заболѣв.) . . . . .	5
3. Заболѣванія периферическихъ нервовъ. . . . .	4
4. Заболѣванія спинного мозга (спрингоміэлія, хроническ. міэлитъ, спондилитъ и друг.) . . . . .	6
5. Заболѣванія продолговатаго мозга и мозжечка . . . . .	2
6. Заболѣванія головного мозга (кровоизліяніе, тромбозъ, опухоль, Кожевниковская энцефалія и друг.) . . . . .	9
7. Разсѣянный склерозъ . . . . .	1
8. Акромегалія . . . . .	1
9. Atrophia musculor. progressiva . . . . .	1
10. Неврозы (истерія, энцефалія, неврастенія, хорей, torticollis spastica и друг.) . . . . .	12
<hr/>	
Всего . . . . .	51

За годъ было 2 аутопсіи (fractura vertebrarum и apoplexia cerebralis).

Въ **амбулаторіи** клиники помимо повторныхъ больныхъ было 451 новыхъ больныхъ.

## Извлеченія изъ исторіи болѣзни нѣкоторыхъ наиболѣе интересныхъ случаевъ.

### *Acromegalia.*

Больной Е. Ф. 27-ми лѣтъ поступилъ въ клинику 11 января 1907 г. съ жалобами на сильныя боли въ лѣвой половинѣ лица, преимущественно въ верхней части.

Больной средняго роста, хорошаго питанія, крѣпкаго сложенія, Кожа дряблая, блѣдной окраски. Волосы рѣдки, на усахъ и бородѣ едва замѣтны. Носъ большой и широкій. Языкъ ненормально великъ, широкъ и толстъ. На рукахъ поражаетъ величина кистей сравнительно съ ихъ верхними отдѣлами: пальцы и пястье толсты и широки. Ступни широки, хотя величина ихъ не такъ замѣтна, какъ величина рукъ. Со стороны сердца и легкихъ ничего ненормальнаго не отмѣчается. Желудочнокишечный трактъ въ порядкѣ. Моча кислой реакціи, бѣлка, сахара не содержитъ. Головные нервы никакихъ отступленій отъ нормы не представляютъ. При сжиманіи кисти динамометръ показывается для обѣихъ рукъ 70 кгр. Рефлексы кожные и сухожильные нормальны. Всѣ виды кожной чувствительности сохранены вполне. Слухъ, вкусъ, обоняніе нормальны. Зрачки равномѣрны, реакція на свѣтъ живая. Острота и поле зрѣнія нормальны. Что касается психической сферы, то самъ больной говоритъ, что послѣднее время онъ сталъ вялымъ и апатичнымъ: нѣтъ прежней энергіи и охоты къ труду.

*Теченіе.* За время пребыванія больного въ клиникѣ у него наблюдались слѣдующія интересныя явленія: 1) обильное слюнотеченіе до 90-100 куб. сант. въ сутки; 2) въ мочѣ появился сахаръ въ размѣрѣ 8,80% при уд. вѣсѣ 1046; послѣ назначенной діеты количество сахара дошло до 2,50%. Изъ фармакологическихъ средствъ (antipyretica, thyreoidin hypophysin) лучшій эффектъ получался отъ іодистыхъ препаратовъ.

### *Polyneuritis arsenicalis.*

Больной Б. С. 28 лѣтъ поступилъ въ клинику съ жалобами на слабость въ рукахъ и ногахъ. 9-го мая въ престольный деревенскій праздникъ больной съѣлъ кусокъ пирога, въ которомъ, какъ впоследствии оказалось, былъ мышьякъ, послѣ чего у него открылась тошнота, сильнѣйшая рвота и поносъ. Такія же явленія наблюдались и у всѣхъ другихъ 8-ми членовъ семьи, отѣдавшихъ пирога. Недѣли черезъ 2 послѣ этого событія у больного слабѣютъ руки и ноги, слабость эта быстро прогрессируетъ, такъ что въ срединѣ Іюня больной ложится въ земскую больницу, гдѣ остается въ теченіе 3-хъ мѣсяцевъ и выписывается съ незначительнымъ улучшеніемъ. Stat. praes. Ходитъ больной опираясь исключительно на палки и осторожно приподнимая ступни; послѣдніе при ходьбѣ какъ бы не участвуютъ. Разгибаніе кисти ослаблено; еще въ большей степени ослабленіе движенія въ пальцахъ. Супинація и пронація хороши. Экстензоры слабѣе флексоровъ. Въ нижнихъ конечностяхъ ослабленіе движеній голеностопномъ суставѣ и въ пальцахъ. Мышечная сила по динамометру въ правой рукѣ 9, въ лѣвой 7 кило. Координація движеній и въ верхнихъ и въ нижнихъ конечностяхъ никакихъ разстройствъ не представляетъ. Въ верхнихъ конечностяхъ нѣкоторое похуданіе мышцъ предплечья, thenar и hypothenar; въ нижнихъ небольшое похуданіе икроножныхъ мышцъ. Электровозбудимость въ предѣлахъ нормы. Всѣ сухожильные подошвенные и абдоминальные рефлексы отсутствуютъ. Cremaster справа высокій, слѣва вялый. Реакція зрачковъ на аккомодацию и свѣтъ сохранена. Боли въ икрахъ обѣихъ нижнихъ конечностей и чувство холода въ ступняхъ. Всѣ виды чувствительности сохранены въ нормальномъ видѣ.

*Теченіе болѣзни:* Выписался больной съ замѣтнымъ улучшеніемъ, болѣзненность нервныхъ стволовъ почти исчезла, ходитъ лучше, движенія въ кистяхъ болѣе свободны.

### *Polyneuritis.*

Б-ая М. Г., 36 лѣтъ, въ началѣ декабря 1906 г. заболѣваетъ, по діагнозу лѣчившаго врача, гнилой жабой. Черезъ нѣсколько дней ангинозныя явленія исчезли, въ концѣ же декабря начинаютъ развиваться явленія со стороны нервной системы:

Онѣмѣніе рукъ, ногъ, расстройство глотанія, потеря голоса и аккомодациі.

Stat. praes. Общее рѣзкое похуданіе. Т<sup>о</sup> 37,4. Верхушечныя явленія въ легкихъ. Кашель съ мокротой и кровью. Въ мочѣ 0,1 % сахару. — Паретичная походка.

Слабость фонаціи и носовой отгѣнокъ въ рѣчи.

Особенно плохо произносятся: с, ш, б, п, р, (послѣднее звучитъ какъ „х“). Твердую пищу глотать не можетъ, при жидкой часто поперхивается.

Парезъ правой половины мягкаго неба и правой голосовой связки. При движеніи глазъ вверхъ замѣтны небольшія нистагмообразныя движенія. Параличъ нижнихъ вѣтвей п. *facialis dextra*.

Жевательныя мышцы напрягаются очень плохо съ той и другой стороны. Языкъ уклоняется рѣзко вправо. Надуть щеки не можетъ, свистить очень слабо. Конечности равномерно паретичны, правыя слабѣе лѣвыхъ. Въ верхнихъ конечностяхъ движенія слабѣе на периферіи, въ нижнихъ же — въ тазобедренныхъ суставахъ. Координація въ верхнихъ конечностяхъ нѣсколько разстроена, въ нижнихъ нормальна. Общее похуданіе мышцъ; похуданіе языка справа.

Электрическое изслѣдованіе показало нѣкоторое количественное пониженіе возбудимости къ фарадическому току, въ нижнихъ вѣтвяхъ *facialis*, *masseter'a* и языка справа. Сухожильные рефлексы понижены въ значительной мѣрѣ. Кожные рефл. слабы. Глоточный р. получается только слѣва. Реакція зрачковъ на аккомодацию и свѣтъ сохранены. Онѣмѣніе въ ладоняхъ и ступняхъ. Изъ нервныхъ стволовъ болѣзненны только *peronei*, *tibialis*, *plantaris*, *dorsalis pedis* справа. Пониженіе болевой и тактильной чувствительности въ очень слабой степени въ формѣ *hemi-hypaesthesia dextra*.

Отсутствіе вкуса на лѣвой сторонѣ языка, какъ на боковой его поверхности, такъ и на его корнѣ.

Теченіе болѣзни: съ одной стороны, въ клиникѣ окончательно исчезли всѣ сухожильные рефлексы, съ другой, болѣзненныя явленія со стороны черепныхъ нервовъ постепенно стали исчезать, и функція ихъ возстановилась въ слѣдующемъ порядкѣ: *facialis*, *hypoglossus*, вкусъ, *paralysis chord. vocal. dextrae*, мягкое небо; отклоненіе *uvulae* влѣво осталось при выпискѣ больной черезъ 1 мѣсяцъ ея пребыванія въ клиникѣ. Слабость конечностей остановилась *in statu quo*.

Дифференціальная діагностика въ отношеніи явленій со стороны черепныхъ нервовъ сводилась къ различію между невритическимъ характеромъ поврежденій и возможностью явленій *polioencephalitis inferior*. Наблюденіе показало, что мы имѣемъ дѣло съ *polyneuritis*, въ качествѣ же этиологическаго момента надо было принять возможность существованія не „гнилой жабы“, а дифтеріи зѣва.

### *Tabes dorsalis.*

Б-ая М. С., 30 лѣтъ, работница на парфюмерной фабрикѣ по заворачиванію кусковъ мыла въ бумагу. Работа производится исключительно руками, причемъ приходится развивать очень большую силу для того, чтобы кусокъ былъ завернутъ очень тщательно. Такъ больная работала 8 лѣтъ; рабочий день 12—14 часовъ; работа сдѣльная; Рабочее помѣщеніе плохое. Около 1 года 9 мѣс. назадъ у больной появилось онѣмѣніе въ 3 и 4 пальцахъ сначала лѣвой, а затѣмъ правой руки. Года черезъ полтора появились стрѣляющія боли и въ дальнѣйшемъ развилась картина *tabes*.

Lues категорически отрицается. Выкидыши abs. Алкоголизмъ и друг. *abusus* abs. Въ анамнезѣ — кровохарканье. Наслѣдственность ничего особеннаго. Status praesens. Въ правой верхушкѣ легкаго выдохъ и притупленіе. Со стороны нервной системы картина *tabes*

dorsalis superior съ локализацией, главн. образ., въ рукахъ. Рефлексы на верхнихъ конечностяхъ ослаблены, на нижнихъ сохранены. Argyll-Robertson — положительно. Въ верхнихъ конечностяхъ: парезъ, ataxia, разстоятвa чувствительности и мышечнаго чувства.

Случай представляетъ интересъ въ качествѣ иллюстраціи къ теоріи Edinger'a о роли Aufbrauchkrankheiten въ патологіи нервной системы.

### *Apoplexia pontis.*

Б-ая Е. Я., 50 лѣтъ, имѣющая всѣ признаки артеріосклероза, во время послѣдняго прощанія въ церкви съ умершимъ отцомъ вдругъ испытываетъ головокруженіе настолько сильное, что требуется посторонняя помощь ея поддержать; въ то же время у больной была рвота. Потеря сознания только кратковременная. Съ того же дня: слабость лѣвыхъ конечностей, двоеніе въ глазахъ, перекошеніе лица влѣво.

Со стороны отца и его семьи — алкоголизмъ, со стороны матери и ея семьи — туберкулезъ.

St. praes. (Въ клинику поступила приблизительно черезъ 1 мѣсяцъ послѣ заболѣванія). Явленія артеріосклероза. Въ мочѣ — слѣды сахара. Climax еще не наступилъ.

Больная не только не можетъ ходить, но и едва ворочается на постели. Нистагмообразныя движенія въ лѣвомъ глазу — при движеніи влѣво, въ правомъ — при движеніи вверхъ. Лѣвый глазъ отведенъ влѣво, въ немъ никакихъ движеній, кромѣ незначительнаго движенія вверхъ и влѣво, нѣтъ. Правый глазъ двигается немного только вверхъ и внизъ, вправо же и влѣво движеній нѣтъ. — M. masseter справа напрягается очень плохо, m. temporalis справа же напрягаются лучше, чѣмъ masseter. — Полный параличъ всѣхъ вѣтвей n. facialis dextri. — Языкъ плохо высовывается изо рта и немного отклоняется вправо. — Hemiparesis sinistra. — Разстройство координаціи въ лѣвыхъ конечностяхъ. Электровозбудимость нормальна (и въ черепныхъ нервахъ). — Сухожильные рефлексы повышены слѣва. Рефл. Бабинскаго и Россолимо (пальцевой) abs. Клонусъ abs. Въ правомъ зрачкѣ реакція слабая, въ лѣвомъ — нормальна. Лѣвый зрачокъ шире. — Головная боль. Hemi-hypalgesia sinistra (включая и лицо, гдѣ однако hypalgesia слабѣе выражена). Пониженіе тактильной чувствительности на периферіи лѣвыхъ конечностей. Пониженіе температурной чувствительности (главнымъ образомъ, въ формѣ термоанестезіи, а не психроанестезіи) въ области лѣвой половины тѣла и лѣвыхъ конечностей, на лицѣ температурная чувствительность не понижена.

Вибраціонная чувствительность въ лѣвыхъ конечностяхъ почти abs, особенно на ногѣ.

Мышечное и стереогностическое чувство въ лѣвыхъ конечностяхъ рѣзко разстроено. Дно глаза и поле зрѣнія нормальны.

Интересъ случая заключается не только въ перекрестныхъ явленіяхъ со стороны двигательной сферы, но и въ диссоціаціи разстройствъ чувствительности.

### *Vulnus punctum medullae spinalis.*

Больной О. Ш., 26 л., во время декабрьскаго вооруженнаго возстанія въ Москвѣ получилъ нанесенную хулиганскою рукою рану ножомъ въ спину. (Больной находился два раза въ клиникѣ: сейчасъ же послѣ раненія и на другой годъ). Въ первые дни послѣ раненія наблюдалась полная параплегія нижнихъ конечностей, затѣмъ постепенно выступила картина Браунъ-Секаровскаго паралича. Явленія выпаденія въ концѣ концовъ оказались настолько незначительными, что больной на другой годъ ходилъ безъ палки однако при явленіяхъ слабости въ лѣвой ногѣ и стойкихъ разстройствъ чувствительности (болевая, температурная чувст. и вибраціонное чувство разстроены при сохранности тактильной чувствительности и мышечнаго чувства) въ правой ногѣ по наружной сторонѣ голени и ступни. — Очень интересно наблюденіе рефлексовъ. Въ первое пребываніе больного въ клиникѣ можно было изучать постепенное появленіе рефлексовъ послѣ ихъ исчезновенія непосредственно послѣ полученія раны. Черезъ

18 часовъ послѣ раненія отмѣчено отсутствіе въ нижней части тѣла всѣхъ рефлексовъ кромѣ Ахилловыхъ и верхне-брюшныхъ (раненіе въ области 6-го грудного позвонка). На 9-й день послѣ раненія появляются: колѣнные, нижне-брюшные и подошвенные съ обѣихъ сторонъ и рефл. Бабинскаго на правой сторонѣ. На 13-й день появился рефл. Бабинскаго на лѣвой сторонѣ. На 19-й день отмѣчено первое появленіе сухожильнаго рефлекса сгибателей пальцевъ ноги (рефл. Россолимо) слѣва, а на 37-й день — справа. Всѣ рефлексы постепенно нарастали въ своей интенсивности, только рефл. Россолимо справа появился сразу въ сильной степени. У больного существовало столь сильное повышеніе патогномоничныхъ для пораженія пирамиднаго пути рефлексовъ (Бабинскаго и Россолимо), что наблюдалось исключительное по своей рѣдкости явленіе — клонусъ пальцевъ лѣвой ноги, что и было зарегистрировано на клонографѣ.

*Клиническая форма проф. Кожевникова. Polyclonia epileptoides continua.*

Подъ наблюденіемъ находилось 2 случая этой рѣдкой формы. Оба случая опубликованы д-ромъ В. К. Хорошко въ работахъ, посвященныхъ данной клинической единицѣ и напечатанныхъ въ *Журналъ невропатологіи и психіатріи имени Корсакова* за 1906 г. (кн. 4, 5 и 6-я) и 1907 г. (кн. 5-я).

*Febris hysterica.*

Случай „истерической лихорадки“ у мужчины. Обманъ исключается. Дифференціальная діагностика проведена въ отношеніи брюшного тифа, пара-тифа А. и В. и маляріи.— Наблюденіе будетъ опубликовано.

---

Хирургическое клиническое отделение Императ. Екатерининской больницы, устроенное на 80 коекъ, расположено во 2 этажъ зданія. Значительно большая часть палатъ обращена на солнечную сторону (ЮЮВ), меньшая часть на ССЗ. Всѣ онѣ выходятъ въ длинный корридоръ, куда открываются также и двери палатъ терапевтической клиники, т.-е. хирургическая клиника не обособлена отъ терапевтической. Хирургическіе больные размѣщены въ 11 палатахъ различной величины, (4 — 12 больныхъ). Содержаніе воздуха на человѣка въ среднемъ 34 куб. метр. Отопленіе — голландскими печами, искусственной вентиляціи въ палатахъ, кромѣ форточекъ, не существуетъ; въ корридоръ свѣжій воздухъ поступаетъ изъ особыхъ воздухоносныхъ трубъ, заложенныхъ въ стѣнахъ зданія. Большинство палатъ свѣтлы, высоки, окрашены свѣтлой клеевой краской. Полы — частью паркетные, частью крашеные. Отношеніе площ. оконъ къ площ. пола = 1:8,5 (средн).

Помимо палатъ для больныхъ въ хир. клиникѣ имѣются слѣдующія помѣщенія: большая операціонная комната съ мѣстами для студентовъ, предопераціонная (стерилизаціонная и мытьевая), двѣ перевязочныхъ (изъ коихъ одна служитъ также и для операцій на инфицированныхъ тканяхъ), лабораторія съ рентгеновскимъ кабинетомъ и небольшая комната директора клиники съ маленькимъ музеемъ. Библіотека клиники помѣщается въ общемъ корридорѣ. Остальныя вспомогательныя помѣщенія — общія съ другими отдѣленіями (ванны, уборныя). Аудиторія — общая для всѣхъ преподавателей больницы.

Отдѣльной амбулаторіи клиника не имѣетъ. Больные, желающіе лечь въ хирургическое отдѣленіе, принимаются однимъ изъ ассистентовъ; большинство ихъ осматривается также профессоромъ. Послѣ ванны (которая не дѣлается только при особыхъ противопоказаніяхъ) принятые больные поступаютъ въ палату. Исторія болѣзни пишется (ассистентомъ, ординаторомъ или студентомъ подъ наблюд. ассистента) на особомъ бланкѣ, содержащемъ вопросы пункты.

---

<sup>1)</sup> Въ составленіи обзора по хирургич. клиникѣ, гинекол. отдѣленію и отдѣл. ушн., горл., носовыхъ болѣзней принималъ участіе весь персоналъ, особенно: *А. А. Фейденгольдъ, К. К. Ивенсенъ, П. П. Никольскій, В. А. Мещерскій, А. И. Сребрянская, Б. А. Монастыревъ, М. С. Френкель, М. С. Генкинъ.* Общая редакція *А. В. Мартынова.*

Подготовка больного къ операціи (слабительныя, клизмы), начинается за два дня, а иногда и раньше. После операціи готовится накануне (моется, сбривается) и остается подъ сулевымъ компрессомъ, (растворъ сулемы  $\frac{1}{1000}$  и глицеринъ поровну) до слѣдующаго утра, когда больному дѣлается ванна. После ванны компрессъ возобновляется. Утромъ больной пьетъ чай, но безъ хлѣба. Въ случаѣ надобности дается вино. Въ предоперационной больной подвергается окончательной чисткѣ: после операціи моется теплой водой съ комкомъ стерилизов. древесной ваты (послѣ употребленія бросается), смоченнымъ въ мыльномъ спиртѣ <sup>1)</sup>. После бритья и смыванія мыла, кожа протирается спиртомъ (денатуриров. формалиномъ) и, наконецъ, смазывается іодной настойкой. На операционномъ столѣ больной закрывается стерильными простынями и полотенцами. Для разрѣза кожи оставляется щель между двумя полотенцами. При операціяхъ на груди и при операціяхъ безъ общаго усыпленія ставится легкая ширма, состоящая изъ металлическаго каркаса, затянутаго марлей. Ширма, имѣющая снизу полукруглую вырѣзку для шеи, отгораживаетъ лицо оперируемаго.

Операторъ и помощникъ (resp. помощники) надѣваются въ предоперационной стерильные халаты. После мытья рукъ щетками съ теплой водой и мыльнымъ спиртомъ втеченіе 15 минутъ, надѣвается другой халатъ и колпачокъ на голову. Затѣмъ слѣдуетъ смазываніе рукъ іодной настойкой и въ заключеніе протираніе салфеткой, смоченной денатурированнымъ спиртомъ.

Операція ведется сухо, безъ примѣненія въ ранѣ антисептическихъ веществъ. Лишь руки оператора ополаскиваются отъ крови время отъ времени сулемой  $\frac{1}{1000}$ . Этимъ растворомъ мы пользуемся не столько въ надеждѣ на его антисептическія свойства, сколько потому, что это — жидкость, которая не требуетъ особой обработки чтобы быть стерильной въ каждый данный моментъ. Если не считать ополаскиванія рукъ въ сулемѣ, antisептика не примѣняются ни при „чистыхъ“ операціяхъ, ни при операціяхъ на воспаленныхъ тканяхъ. Изъ этого общаго правила допускаются въ рѣдкихъ случаяхъ исключенія. Такъ, при нѣкоторыхъ случайныхъ *связжихъ* раненіяхъ (наприм. связій открытый переломъ съ осколками, открытый вывихъ и т. п.) примѣняется помимо обычнаго туалета раны также и промываніе раневой полости антисептической жидкостью, обычно — растворомъ сулемы <sup>2)</sup>.

При операціяхъ на желудочно-кишечномъ трактѣ линія глубокихъ

<sup>1)</sup> Нашъ мыльный спиртъ готовится изъ равныхъ частей мягкаго продажнаго мыла (*sapo olein.*) и денатурированнаго формалиномъ спирта. Мыло растворяется въ денатурированномъ спиртѣ при частомъ помѣшиваніи въ комнатной температурѣ; по раствореніи фильтруется и къ профильтрованному спирту добавляется *ol. turgani* (въ пропорціи 4,0 на 1 *kgm.*), чтобы заглушить запахъ денатурированнаго спирта.

<sup>2)</sup> Объ этомъ мы имѣли случай говорить подробнѣе: см. *А. В. Мартыновъ. „О современныхъ способахъ ухода за ранами“. „Врачебн. Записки“ 1898 г. № 8 — 9.*

шовъ перѣдко смазывается йодной настойкой. Йодоформъ примѣняется только: 1) при операціяхъ во рту, прямой кишкѣ, иногда во влагалищѣ и вообще въ тѣхъ исключительныхъ случаяхъ, гдѣ, по условіямъ раны, можно ожидать загниванія отдѣляемаго (йодоф. марля); 2) какъ лечебное средство при булловыхъ пораженіяхъ.

При операціяхъ на воспаленныхъ тканяхъ примѣняются перчатки (гуттаперчевыя).

Въ качествѣ матеріала для швовъ и лигатуръ примѣняется шелкъ, катгутъ<sup>1)</sup> и иногда при операціяхъ на костяхъ — серебр. проволока.

Послѣоперационныя повязки накладываются по возможности легкія, негромоздкія. Послѣ операціи на невоспаленныхъ тканяхъ (если не введены тампоны) — коллодійныя. Какъ всасывающій матеріалъ тампонируемыхъ ранъ примѣняется обезжиренная стерильная марля, въ болѣе поверхностныхъ слояхъ — лигнитъ (алигнитъ). Примѣняется также и вата.

Операціи въ клиникѣ производятся: 1) безъ обезболиванія и усыпленія (напр. зашиваніе пузырно-влагалищнаго сфинкса), 2) съ мѣстнымъ обезболиваніемъ, 3) по Bier'у, 4) съ общимъ усыпленіемъ.

Мѣстное обезболиваніе, какъ самое безопасное, примѣняется вездѣ, гдѣ только возможно.

Въ подходящихъ случаяхъ больному указываютъ, что операція можетъ быть произведена какъ при общемъ усыпленіи, такъ и при мѣстной анестезіи; при этомъ больныхъ не увѣряютъ, что при мѣстной анестезіи операція совершенно безболѣзненна. Больному предоставленъ выборъ.

Въ случаяхъ колебанія предпочтеніе оказываютъ въ большинствѣ случаевъ общему усыпленію. Иногда больные до момента операціи говорятъ о мѣстной анестезіи, но на операціонномъ столѣ приходятъ въ волненіе, прося дать наркозъ.

Поэтому больные къ операціи готовятся всегда, какъ передъ общимъ наркозомъ, тѣмъ болѣе что иногда операція начинается при мѣстной анестезіи, а продолжается при общей, въ зависимости или отъ особенностей операціи или отъ индивидуальности больного.

Среди операцій, которыя производятся у насъ съ мѣстной анестезіей, можно назвать слѣдующія: удаленіе доброкачественныхъ опухолей (не изъ полостей), резекція ребра (всегда безъ наркоза), наложеніе желудочнаго свища, gastroenterostomia, anus praeternatur., удаленіе червеобразнаго отростка (въ половинѣ случаевъ), операція грыжесѣченія (въ 29 изъ 78 сл.), tracheotomia, пластич. операціи на лицѣ и мн. друг.

Передъ операціей, не позже какъ за <sup>1</sup>/<sub>4</sub>—<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—часа injectio morphii 0,015—0,01; по линіи разрѣза въ кожу — впрыскивается растворъ Schleich'a № 2; глубже <sup>1</sup>/<sub>2</sub>° растворъ кокаина. Серозныя поверхности смазываются 3°/о растворомъ кокаина.

<sup>1)</sup> См. выше статью К. К. Ивенсена.



По *Bier*у анестезія произведена въ слѣдующихъ случаяхъ:

1. Мужчина, 67 лѣтъ. Arteriosclerosis, myocarditis. hernia inguinal. dextra. 26 февраля 1907 г. вскрытіе грыжевого мѣшка. Вправление кишечной петли. Турунда. Между 2 и 3 пояснич. позвонками tropococain 0,05 (1,0 разв. 5%). Черезъ 6 минутъ анестезія — промежность и паружно-задняя поверхность бедра, выше паховой складки анестези нѣтъ. Цереброспинальная жидкость лилась струей. Параличъ нижнихъ конечностей, исчезнувшій черезъ 1 часъ. Пульсъ по прежнему — аритмиченъ, перебои сильны.

Анестезія продолжалась 40 минутъ. Разрѣзъ на мошонкѣ не чувствителенъ; выше по паховому каналу — болѣзненъ: примѣнена мѣстная анестезія.

2. Мужчина, 33 лѣтъ. Tuberculosis pulmonum. Prostatitis et orchitis tuberculosa. Neuras-thenia. Tumores haemorrhoidal. Castratio bilateral. 16 марта 1907 г. Изоляція канатиковъ, перевязка сѣмявыносящихъ протоковъ, удаленіе яичекъ.

Между 2 и 3 пояснич. позвонками tropococain 0,05. Черезъ 3 минуты ползаніе мурашекъ въ ногахъ, еще черезъ три минуты анестезія на мошонкѣ и передней поверхности бедеръ, черезъ 4 минуты тяжесть въ ногахъ. На лѣвой сторонѣ разрѣзъ неболѣзненъ, при осво-божденіи канатика значительн. боли (кокаинъ подъ кожу). Перевязка канатика не болѣз-ненна. Удаленіе яичка не чувствительно. На правой сторонѣ кожный разрѣзъ болѣз-ненъ (кокаинъ).

Черезъ 50 минутъ послѣ впрыскиванія оставалась анестезія обѣихъ нижнихъ конечностей.

Цереброспинальная жидкость лилась струей. Чувствительность возстановилась черезъ 5 часовъ въ полной степени.

3. Женщина, 41 года. Varices venar. extremit. inferior. 20-го марта кожный разрѣзъ отъ скарпов. треугольника до внутренней лодыжки, удаленіе веннаго] ствола на всемъ протя-женіи; 33 кожн. шва.

Между 2 и 3 пояснич. позвонками tropococain 0,06. Цереброспинальная жидкость текла струей. Трендэлленбур. положеніе. Черезъ 2 минуты ползаніе мурашекъ, анестезія пятки, промежности, черезъ 4 минуты — обѣихъ нижнихъ конечностей, и туловища до пупка. Положеніе горизонтальное. Черезъ 10 минутъ — анестезія до сосковой линіи. Операция — 50 минутъ, совершенно безболѣзненна. Пульсъ безъ измѣненій. Легкая тошнота. Рвоты не было. Полное возвращеніе чувствительности черезъ 1 ч. 15 м. Самочувствіе больной отличное.

4. Мужчина, 47 лѣтъ. Calculus vesicae urinae. Bronchitis. Emphysema. Arteriosclerosis. 21-го марта sectio alta.

Между 3 и 4 пояснич. позвонками tropococain 0,06. Цереброспинальная жидкость, слегка окрашенная кровью, выдѣлялась каплями. Трендэлленбур. положеніе. Черезъ 2 минуты па-рѣстезія нижнихъ конечностей и анестезія промежности, scroti, penis. Черезъ 4 минуты анестезія бедеръ и почти до пупка. Горизонтальное] положеніе. Черезъ 7 минутъ до со-сковой линіи. Пульсъ, до инъекціи 68, послѣ до 52. Операция продолжалась 35' минутъ, совершенно безболѣзненна. Самочувствіе удовлетворительно. Черезъ 3 часа чувствитель-ность вернулась вполнѣ.

5. Женщина, 22 лѣтъ. Metritis haemorrhagica. 27-го марта abrasio.

Между 3 и 4 пояснич. позвонками tropococain 0,05. Цереброспинальная жидкость лилась слабой струей. Положеніе горизонтальное. Расширеніе матки, также выскабливаніе, совершенно безболѣзненны. Анестезія наступила черезъ 3 мѣсяца. Черезъ 2 дня urticaria.

6. Мужчина, 36 лѣтъ. Hernia inguinal. bilateral. Гипертрофія сердца. 28-го марта радик. операция на обѣихъ сторонахъ.

Между 2 и 3 пояснич. позвонками впрыснуто 0,06 tropococain. Цереброспинальная жидкость вытекала быстрыми каплями. Высокое положеніетаза. Анестезія черезъ 5 минутъ до пупка. Пульсъ не измѣнялся, самочувствіе удовлетворительное. На правой сторонѣ операціи по *Bassini* совершенно безболѣзненнъ, на лѣвой сторонѣ по *Pu* — конецъ опе-раціи немного болѣзненъ. Операция продолжалась 50 минутъ. Черезъ 2 часа общая слабость, угнетенное настроеніе духа, пульсъ не измѣнялся. Чувствительность вернулась черезъ 3 часа. Разныя ощущенія въ ногахъ, а также ясно выраженный парезъ лѣвой ноги исте-ченіе 5 сутокъ.

7. Мужчина, 30 лѣтъ. Fractura cruris, Смѣщеніе отломковъ.

Между 2 и 3 поясничн. позвонками вприснуто 0,05 trorosocain.

Анестезія черезъ 4 минуты. Смѣщенные отломки поставлены правильно. Гипсовая повязка. Полная анестезія 1½ часа. Сильная головная боль 3 сутокъ.

Т° ни въ одномъ случаѣ не поднималась.

Для общаго наркоза до 13-го марта примѣнялся хлороформъ (маска Skinner-Esmarch); въ рѣдкихъ случаяхъ, при соотвѣтствующихъ показаніяхъ,—эфирный, при чемъ употреблялась маска, плотно прилегающая и закрывающая все лицо (Juillard'a). Хлороформъ Кальнинга. Injectio morphii при хлороформ. наркозѣ дѣлалось въ исключительныхъ случаяхъ. Хлороформный наркозъ 13 марта 1907, предпринятый съ діагностической цѣлью, имѣлъ летальный исходъ.

1907. 22/II—13/III Т. А. Т—на. 20-ти лѣтъ, крестьянка, поступила въ клинику по поводу сильныхъ болей въ животѣ и рвоты, повторяющейся нѣсколько разъ въ день, особенно послѣ пріемовъ пищи.

*St. praesens:* Больная истощена, вѣсъ 3 п. 16 ф. При изслѣдованіи живота — опухоль, занимающая весь животъ, плотной консистенціи, бугристая, безболѣзненная; при перкуссіи живота исюду — тупой звукъ. Желудокъ — отрыжка, тошнота, рвота нѣсколько разъ въ день, послѣ пріема пищи, запоръ.

Стѣнки живота очень напряжены, весь животъ равномерно увеличенъ, трудно что-либо прощупать. Изслѣдованіе желудочнаго содержимаго — отсутствіе соляной кислоты, присутствіе молочной въ значительномъ количествѣ.

Моча — цвѣтъ темно-желтый, реакція кислая, удѣльный вѣсъ 1023, индиканъ, слѣды уробилина и желчныхъ пигментовъ, эпителии вагины, бактеріи.

Коническая шейка матки, anteversio uteri, придатки не прощупываются вслѣдствіе напряженности стѣнокъ живота.

Границы сердца N, тоны сердца чисты, второй тонъ aortae акцентуированъ, пульсъ средняго наполненія, 95 въ минуту.

Изслѣдованіе крови—Hb—97<sup>0</sup>, красныхъ кровяныхъ шариковъ 3.960.000, бѣлыхъ 5.640. Легкія нормальны.

*Предшествовавшее состояніе:* мѣсяцъ назадъ появились боли по всему животу; больная не могла ходить; повышенная т°, дурной вкусъ во рту, особенно утромъ, обложенъ языкъ. Черезъ недѣлю: тошнота, икота, рвота, зеленоватаго цвѣта, запоръ дня по 2. Животъ сдѣлался больше и болѣзненнѣе. Боли преимущественно въ подложечной области.

Въ дѣтствѣ корь. Регулы съ 17-ти лѣтъ. У матери болѣзнь сердца и tbc.

Февраля 22—26-го. Мало мочи (400—600,0). Рвота черезъ часъ послѣ принятія пищи, запоръ.

27-го. Высокая клизма безъ результата. Пріемъ среднихъ солей вызвалъ рвоту, повторившуюся при второмъ пріемѣ. 28 февраля—1 марта тоже состояніе, ясно прощупывается въ животѣ бугристая, плотная опухоль.

3—5-го. Рвота послѣ пріемовъ пищи.

6—8-го. Тоже состояніе. 9-го. Изслѣдованіе желудочнаго сока. 10—11-го. Injectio socain 0,01 вслѣдствіе постоянной рвоты. Пища удержалась 5 часовъ. 12-го. Рвота по прежнему. 13-го. Изслѣдованіе подъ хлороформнымъ наркозомъ дано 8,0 хлороформа. Когда наступилъ полный наркозъ, маска снята. Бугристая малоподвижная опухоль, выходящая изъ задней стѣнки живота. Черезъ 7—8 минутъ съ начала наркоза отправлена въ палату. Въ палатѣ, когда больная приходила въ сознаніе, послѣ рвоты слізью внезапно наступила блѣдность лица, паденіе пульса, расширеніе зрачка, отсутствіе дыханія. Injectio camphorae, вливаніе 400,0 соляного раствора, искусственное дыханіе по Сильвестеру съ кислородомъ, продолжавшееся около часу, увиваніе нижнихъ конечностей эластическимъ бинтомъ, электризація n—vi phrenici. Больная скончалась. Діагнозъ клиническій: tumor abdominis.

*Вскрытіе* въ Институтѣ Судебной Медицины 14-го марта. Извлеченіе изъ протокола: Гортанъ и дыхательное горло содержать пѣну, слизистая ихъ блѣдна.

Сердце нормальной величины, дрябло, съ поверхности ожирѣло, въ полости сердца кровь въ порядочномъ количествѣ. Мышца сердца дрябла, блѣдна, имѣетъ цвѣтъ варенаго мяса, заслонки нормальны. На внутренней поверхности аорты — склеротическія желтыя бляшки. Вѣнечные сосуды не склерозированы.

Лѣвое легкое мѣстами сращено съ грудной клѣткой; правое легкое свободно. Легкія мягки, съ поверхности разрѣзовъ вытекаетъ въ небольшомъ количествѣ кровянистая пѣнистая жидкость.

Толщина жироваго слоя брюшины около 2 сантим. Петли кишекъ спаяны между собой, съ брюшными органами и брюшными стѣнками; на серозныхъ покровахъ ихъ большое количество сѣроватыхъ туберкулезныхъ бугорковъ. Кишки значительно вздуты. Селезенка сращена съ окружающими частями, слегка увеличена, легко рвется, довольно полнокровна на разрѣзѣ.

Почки нормальной величины, плотны, умѣренно полнокровны на разрѣзѣ, капсула ихъ снимается легко.

Въ желудкѣ около 2 столовыхъ ложекъ желтоватой мутной жидкости: слизистая оболочка его мѣстами красна, вслѣдствіе налитія мелкихъ красноватыхъ сосудовъ.

Печень нормальн. величины, мускатна на разрѣзѣ.

Въ кишкахъ жидкое блѣдное каловое содержимое. Пейеровы бляшки и солитарн. фолликулы увеличены. Слизистая кишекъ блѣдна.

Матка нормальной величины, полнокровна на разрѣзѣ; трубы утолщены, спаяны съ окружающими частями. Въ области правой трубы киста 10 сант. въ діаметрѣ, съ серознымъ содержимымъ. Въ мочевомъ пузырьѣ около 2-хъ столов. ложекъ мутной мочи, слизистая пузыря блѣдна.

Діагнозъ анатомич.: *peritonitis tuberculosa adhaesiva; myocarditis.*

Заключеніе судебного врача: „Болѣзненные измѣненія кишекъ, селезенки, печени, при наличности кисты съ правой стороны матки“.

Смерть послѣдовала вскорѣ послѣ хлороформированія отъ паралича болѣзненно измѣненного сердца.

Болѣзненные измѣненія сердца и друг. внутреннихъ органовъ таковы, что при жизни могли не давать объективныхъ данныхъ.

Бугорковое слипчивое воспаленіе кишекъ при изслѣдованіи черезъ брюшную стѣнку могло давать ощущеніе бугристой опухоли забрюшинныхъ железъ.

Съ того времени перешли на эфирный наркозъ, при помощи непроницаемой, закрывающей все лицо маски. Хриплое, kloкочущее дыханіе, скопленіе слизи и слюны въ дыхательномъ горлѣ, синюха, — весь характеръ удушающаго эфирн. наркоза представлялся, однако, мало удовлетворительнымъ. Кромѣ того, имѣлись случаи осложненія со стороны легкихъ. Въ іюлѣ текущаго года приобрѣтенъ аппаратъ *Braun'a*, посредствомъ котораго можно вести или чистый наркозъ парами эфира съ воздухомъ, или хлороформ., или комбинированный; приборъ далъ слѣдующія преимущества: нѣтъ kloкочущаго дыханія, нѣтъ скопленія слизи и слюны въ дыхательномъ горлѣ, синюха не наблюдается, больной имѣетъ доступъ воздуха, количество эфира, употребляемаго для наркоза, уменьшилось на  $\frac{1}{2}$ . Осложненій со стороны дыхат. органовъ пока не наблюдалось.

Какъ при мѣстной анестезіи, большинству больныхъ дѣлается *in-jectio morphii*. Наркозъ примѣняется обычно парами эфира. Женщины по большей части засыпаютъ отъ одного эфира. Мужчинамъ въ пе-

ріодъ возбужденія приходится давать немного хлороформа; по наступленіи полного наркоза дается только эфиръ.

Примѣненіе эфирнаго наркоза и аппарата *Braun'a* имѣло мѣсто въ весенніе и лѣтніе мѣсяцы отчетнаго времени, когда дѣятельность клиники сводится *ad minimum*. Поэтому никакихъ обоснованныхъ выводовъ въ данное время не можетъ быть сдѣлано. Опытъ будущаго покажетъ преимущества и недостатки какъ эфирнаго наркоза, такъ и аппарата.

Препараты, получаемые при операціи, поступаютъ въ лабораторію клиники, записываются въ особую книгу и изслѣдуются микроскопически, химически или бактеріологически. Результаты изслѣдованія заносятся въ ту же книгу въ соответствующихъ графахъ. Микроскопическіе препараты и значительная часть макроскопическихъ сохраняются, образуя музей клиники.

Недостатокъ средствъ въ клиникѣ на пріобрѣтеніе учебныхъ пособій и почти полное отсутствіе вознагражденія персонала — ассистентовъ и ординаторовъ — крайне неблагоприятно вліяетъ на клиническое дѣло. Отсутствіе вознагражденія заставляетъ врачей искать внѣ клиники средствъ къ жизни: это неизбѣжно отражается какъ на ихъ собственной работоспособности, такъ и на дѣлахъ клиники. Недостатокъ денежныхъ средствъ ведетъ за собою недостатки въ инструментаріи, въ учебныхъ пособияхъ. Надо очень и очень подумать, прежде чѣмъ рѣшиться пріобрѣсти вещь, превышающую по цѣнѣ 10—15 руб.

Какъ выше сказано, отдѣльной амбулаторіи хир. клиники не имѣетъ за отсутствіемъ подходящаго помѣщенія въ зданіи больницы. Хирургическій пріемъ по необходимости ведется въ общей амбулаторіи, при весьма ограниченномъ количествѣ времени. Въ той же комнатѣ ведется пріемъ по внутреннимъ болѣзнямъ, по мочеполовымъ, два раза въ недѣлю — по ушнымъ, а до послѣдняго времени — и по гинекологіи. Распредѣленіе часовъ крайне затруднительно, тѣснота временами необычайная. При такихъ условіяхъ въ амбулаторіи ассистентами и ординаторами хирург. клиники въ учебное время 1906—1907 было принято 698 человекъ, сдѣлавшихъ въ общей сложности 1574 посѣщеній. Операцій сдѣлано 238. Операціи небольшія, требовавшія немедленнаго исполненія, производились во время пріема; остальные — по субботамъ въ перевязочной комнатѣ. Въ этотъ день пріема новыхъ больныхъ не было.

Значительное большинство операцій въ хирург. клиникѣ производится директоромъ. Въ лекціонные дни (3 раза въ недѣлю) операціи производятся исключительно имъ. Въ нелекціонное и вакаціонное время часть операцій — ассистентами и ординаторами.

Тѣсную связь съ хирургич. клиникой имѣетъ отдѣленіе ушныхъ, горловыхъ и носовыхъ болѣзней, а также гинекологическое отдѣленіе. Оба отдѣленія пользуются хирургическими операціонными. Операціи производятся по большей части при участіи персонала хир. клиники.

Въ виду такой тѣсной связи, обзоры ушной, горловой, носовой и гинекологическiй не выдѣлены особо, а входятъ какъ части въ хирургическiй обзоръ. Въ соотвѣствующихъ отдѣлахъ отмѣчены операции, производившiяся хирургическимъ персоналомъ. Нашъ обзоръ изложенъ кратко. Больше вниманiя уделено лишь случаямъ представляющимъ почему-либо особiй интересъ а также случаямъ съ ошибочнымъ распознаванiемъ, случаямъ, окончившимся летально, и вообще уклонявшимся въ худую сторону отъ нормальнаго теченiя послѣ операц. перiода.

Всѣхъ операций было 270; распределенiе ихъ по областямъ и органамъ видно изъ послѣдующаго.

# **I. Болѣзни головы и лица.** 21 челов. (16 мужч., 1 женщ. и 4 дѣтей).

По заболѣванiямъ они распредѣляются слѣдующимъ образомъ: травматическихъ поврежденiй 11, воспалительныхъ—2, новообразованiй—6, врожденныхъ недостатковъ—2.

Изъ всѣхъ случаевъ заболѣванiй головы на долю травматическихъ поврежденiй падаетъ 11 случаевъ; одинъ изъ нихъ былъ у женщины, получившей удары тупымъ орудiемъ въ правую темянную область.

Больная эта пробыла въ клиникѣ 8 дней (параличи верхней и нижней конечностей съ лѣвой стороны). На 8-й день погн. Вскрытiе произведено судебными властями, протокола въ клиникѣ нѣтъ.

Остальные 10 случаевъ были у мужчинъ отъ 20—46 лѣтъ. Изъ нихъ 6 разъ были огнестрѣльные поврежденiя, всѣ револьверными пулями разныхъ системъ; 3 раза были раненiя лица и 3 раза—головы. 4 случая кончились благополучно: или полнымъ выздоровленiемъ или заживленiемъ ранъ съ остаткомъ какого-либо уродства. 2 случая съ летальнымъ исходомъ въ первые  $\frac{1}{2}$  часа по поступленiи и безъ оперативнаго вмѣшательства. Въ 2 случаяхъ были сквозныя раны съ входными и выходными отверстiями, въ остальныхъ 4 случаяхъ имѣлось только входное отверстiе.

У мужчины 34 лѣтъ входное отверстiе сзади въ лѣвой затылочной кости, края его обожжены, выходное—въ области лѣв. скуловой дуги. Верхняя челюсть раздроблена. Значительное кровотеченiе—острое малокровiе. Лѣченiе состояло въ тампонадѣ выходнаго отверстiя. Нагноенiе незначительное, вначалѣ <sup>10</sup> поднималась до 38°. Черезъ 18 дней выписался въ удовлетворительномъ состоянiи.

Другой случай съ сквознымъ раненiемъ у 20-лѣтн. мужчины, съ входн. отвер. въ прав. високъ и выход. — въ лѣвомъ високѣ, кончился летально черезъ  $\frac{1}{2}$  часа по поступленiи. Второй окончившiйся летально случай у мужчины 25 лѣтъ былъ также съ раненiемъ въ правый високъ. Протоколы вскрытiй (судебныхъ) въ клиникѣ неизвѣстны. У офицера 36 лѣтъ огнестрѣльная рана въ области правой глазницы: наружная стѣнка орбиты разрушена, глазное яблоко разорвано, лобная пазуха вскрыта и пуля прощупывалась подъ кожей въ серединѣ лѣв. надбровной дуги. Пуля была удалена подъ мѣстной анестезiей. Дальнѣйшее лѣченiе состояло въ тампонадѣ открытыхъ полостей; черезъ 6 дней выписался домой.

Въ 1 случаѣ, у 28-лѣтн. мужчины, была рана въ полости рта, на границѣ между тверд. и мягкимъ небомъ. Мозговыхъ явленiй не было. Черезъ 5 дней выписался въ хорошемъ состоянiи.

Больной 27 лѣтъ былъ доставленъ на 6-й день послѣ раненія револьверной пулей въ прав. щеку: t° 38,5°, боли въ прав. полов. волосистой части головы, лба и щеки, значительно усиливающіяся при малѣйшемъ дотрагиваніи; пониженіе чувствительности лѣв. руки, туловища и ноги, увеличеніе обоихъ зрачковъ, слабая реакція на свѣтъ. Рвоты нѣтъ, пульсъ около 100. Сознаніе ясно. Черезъ недѣлю t° стала нормальной. Боли подъ вліяніемъ льда и наркотическихъ средствъ уменьшились, выписался черезъ 28 дней, въ удовлетворительномъ состояніи. Предполагалось присутствіе пули у Гассерова узла. Рентгенограмма подтвердила это предположеніе. Въ октябрѣ больной снова поступилъ въ клинику для дальнѣйшаго наблюденія и операціи.

2 случая были съ ожогомъ головы, лица, шеи и другихъ частей тѣла. Оба случая относились къ легкимъ, были большею частью 2 степени и въ нѣкоторыхъ мѣстахъ — первой. Повязки изъ борной Листеровской мази. Оба окончились выздоровленіемъ черезъ 13—14 дней. Переломы костей головы и лица были 2 раза. 1-й случай у женщины уже упомянутой выше, и 2-й случай у мужчины 45-ти лѣтъ — переломъ нижней челюсти съ значительнымъ смѣщеніемъ отломковъ.

Переломъ челюсти произошелъ отъ удара кулакомъ. Отъ операціи сшиванія больной отказался и былъ выписанъ черезъ 4 дня.

Съ явленіями сотрясенія мозга былъ 1 больной (паденіе съ велосипеда), черезъ 3 дня выписанъ здоровымъ.

Воспалительныя заболѣванія на лицѣ были 2 раза, оба случая относятся къ разряду осложненій послѣ остраго воспаления суставовъ и надкостницы нижней челюсти. Въ обоихъ случаяхъ острые явленія воспаления — прекратились, и больные поступили въ конечной стадіи развитія своей болѣзни: 1 разъ съ некрозомъ нижн. челюсти съ образованіемъ небольшого секвестра, и 1 разъ съ анкилозомъ нижней челюсти.

Послѣдній случай описанъ подробно д-ромъ Фейденгольдъ въ отдѣльной статьѣ ежегодника, а первый относится къ 22-лѣтн. юношѣ, которому за 4 мѣсяца до поступленія въ клинику былъ нанесенъ ударъ желѣзной палкой. Была рваная рана щеки и переломы нижней челюсти. Заживленіе происходило при нагноеніи, и поступилъ больной съ свищомъ въ прав. полов. нижней челюсти. При мѣстной анестезіи кожный свищъ былъ расширенъ, и изъ образовавшейся въ нижн. чел. костной полости былъ удаленъ секвестръ величиною въ чечевичное зерно.

Новообразованій головы и лица были 6 случаевъ. Доброкачественная опухоль 1 разъ, у мальчика 6 лѣтъ.

Опухоль величиною съ куриное яйцо въ области правой теменной кости. Мѣстами пульсировала. Шумъ при аускультациі. Вены головы расширены. 6 октября 1906 г. подъ наркозомъ (хлороформъ) опухоль удалена вмѣстѣ съ надкостницей; кожа по периферіи опухоли была предварительно обшита шелкомъ. Кровотеченіе очень сильное, главнымъ образомъ черезъ три отверстія въ теменной кости; остановлено Пакеленомъ. Черезъ недѣлю удалены всѣ швы. *Prima intentio*. Кость медленно покрывалась грануляціями. 16 декабря 1906 г. выписанъ съ небольшой гранулирующей поверхностью. Строеніе опухоли — ангиома артеріальнаго характера съ примѣсью гладкихъ мышечныхъ волоконъ.

Злокачественныя опухоли — 5 случаевъ.

Ракъ — въ 3 случаяхъ въ возрастѣ 43—45 лѣтъ, изъ нихъ 1 разъ рецидивная форма и 2 раза первичный. 2 раза ракъ былъ на нижней губѣ и 1 разъ на нижнемъ вѣлкѣ.

У больного съ рецидивнымъ ракомъ нижней губы операція не была сдѣлана вслѣдствіе слишкомъ большого распространенія новообразованія на губѣ, челюсти и нѣбѣ. Въ другомъ случаѣ рана на нижней губѣ была сдѣлана при мѣстной анестезіи — клиновидное изсѣченіе части нижней губы и удаленіе увеличенной железки подѣ краемъ нижней челюсти. Въ случаѣ канкронда нижняго вѣка была сдѣлана операція подѣ хлороформомъ. По удаленіи новообразованія получился кожный дефектъ полукруглой формы съ основаніемъ по рѣсничному краю нижняго вѣка. Для покрытія дефекта лоскутъ былъ взятъ со щеки.

Саркома — 1 разъ, у мальчика 13 лѣтъ, на нижней челюсти.

Больной поступилъ въ клинику 4 декабря 1906 г. Ему резецирована часть нижней челюсти — отъ клыка прав. стороны до угла челюсти съ лѣвой. Сейчасъ же наложена и прикрѣплена серебр. швами бронзо-алюминевая шина Stopany. Черезъ 9 дней удалены всѣ кожные швы — *prima intentio*. Рана на слизистой оболочкѣ зарубцевалась *per granulationem* очень быстро. 10 февраля 1907 г. подѣ мѣстной анестезіей удалена шина, и сейчасъ же положена постоянная каучуков. протеза. Косметическій успѣхъ удовлетворительный. Строеніе опухоли — гиганто-кѣлочная саркома.

Кисто-саркома (?) — 1 случай, у чиновника 38 лѣтъ, въ лѣвомъ полушаріи головного мозга.

Больной съ марта 1905 г. страдалъ эпилептиформными припадками, къ которымъ черезъ годъ присоединились стойкія двигательныя разстройства сначала прав. нижн. конечн., потомъ рѣчи, а въ концѣ концовъ и верхней конечности. Въ клинику больной поступилъ 11 ноября 1906 г. съ явленіями глубокаго разстройства головного мозга: сильная головная боль, двигательная афазія, параличъ прав. верхн. конечности, контрактура пальцевъ, парезъ прав. нижн. конечности, застойный сосокъ, эпилептиформные припадки, выражавшіеся въ видѣ клоническихъ судорогъ конечностей и частомъ подергиваніи всего лица, безъ потери сознанія. Отецъ больного умеръ отъ рака желудка, мать жива, 60-ти лѣтъ, 30 лѣтъ совершенно слѣпа, страдаетъ истеріей. Lues отрицается. 14 декабря подѣ наркозомъ (хлороформъ и морфіи) была сдѣлана обширная трепанція въ лѣв. темянной-височной области; по вскрытіи твердой мозговой оболочки обнаружена была болѣе плотная консистенція мозговой ткани, а на глубинѣ 1,5 см. пробной иглой получена жидкость слегка кровянистой окраски. Кожно-костный лоскутъ пришить на прежнее мѣсто. Заживленіе было *per primam*, повышеніе  $t^{\circ}$  не наблюдалось. Уже 25 декабря снова повторился эпилептический припадокъ, и головныя боли, бывшія до операціи, вернулись въ прежней силѣ. 1 февраля 1907 г. выписался въ томъ же состояніи, въ какомъ былъ при поступленіи.

Врожденные недостатки были въ 2-хъ случаяхъ у мальчиковъ 10 и 13 лѣтъ.

Простое расщепленіе губы было въ одномъ случаѣ. Операція Mirault. Края дефекта были ссѣзаны и наложень шелков. шовъ. Черезъ 10 дней всѣ швы удалены. *Prima intentio*. Наркозъ — хлороформъ. Другой случай былъ съ расщепленіемъ мягкаго и твердаго неба, а также и губы. Больной оперировался три раза, всегда при мѣстной анестезіи. Первый разъ, по освѣженіи красвъ дефекта, былъ наложень шовъ на мягкое и твердое небо. Для сближенія красвъ твердаго неба — съ обѣихъ сторонъ добавочные параллельныя разрѣзы черезъ слизистую и надкостницу. Такъ какъ края раны на твердомъ небѣ разошлись, то черезъ мѣсяцъ пришлось повторить операцію на твердомъ небѣ. Сшиваніе дефекта на губѣ было сдѣлано черезъ 2 недѣли послѣ второй операціи. Результаты — удовлетворительны.

Всего по поводу болѣзней головы и лица было оперировано 7 больныхъ, которымъ произведено 12 операцій:

Удаленіе пули . . . . .	1
Изсѣченіе опухоли изъ мягк. тканей . . . . .	1
Пластическія операціи на лицѣ . . . . .	4



Пластическія операціи на тверд. небѣ . . . . .	2
Сшиваніе мягкаго неба . . . . .	1
Секвестротомія . . . . .	1
Трепанация черепа . . . . .	1
Резекція нижней челюсти . . . . .	1

Изъ нихъ 4 подъ хлороформнымъ наркозомъ и 8 съ кокаиномъ.

Изъ оперированныхъ умершихъ не было.

Не подвергалось операціи 14 больныхъ: огнестрѣльные раненія, ожоги, ракъ нижней губы съ метастазами, переломъ нижней челюсти.

Въ отчетномъ году стационарныхъ больныхъ съ страданіями **уха, носа и горла** (прив.-доц. *Е. М. Степановъ*), было 12. Изъ нихъ троимъ (3) была сдѣлана простая трепанация сосцевиднаго отростка и троимъ (3) — радикальная операція.

Изъ первыхъ трехъ случаевъ заслуживаетъ упоминанія больная:

Л. Е., 20-ти лѣтъ, уже оперированная въ другой больницѣ по поводу мастоидита. Въ нашу больницу она принята ввиду жестокой боли въ сосцевидномъ отросткѣ, операціонная рана котораго еще не закрылась. При повтореніи операціи 26-го января въ нашей больницѣ *вскрыто antrum*, оставшееся нетронутымъ при первой операціи; ни въ *antrum* ни въ задней черепной ямкѣ, ни въ клѣткахъ гноя не найдено. Тѣмъ не менѣе боли прекратились съ момента операціи. Въ іюлѣ боли возобновились съ прежней силой и не поддавались никакимъ терапевтическимъ мѣрамъ. Особенно болѣзненны были рубецъ и верхушка сосцевиднаго отростка. Рѣшено было вырѣзать рубецъ и снова тщательно осмотрѣть операціонную область. И при этой третьей операціи ничего подозрительнаго въ кости не найдено. Рана послѣ удаленія рубца защита наглухо, чтобы получить *primam*. 7-го ноября больная оставила больницу съ зажившей раной. Черезъ двѣ недѣли боли возобновились съ прежней силой; особенно болѣзненной была сосцевидная область какъ снаружи, такъ и со стороны слухового прохода. Массажъ, впрыскиванія тіозинамина (30 инъекцій), *narcotica* и *antineuralgica* оказались бесполезными. Наконецъ, примѣнено было смазываніе *T-ra iodii* сосцевидной области и задней стѣнки слухового хода. Подъ вліяніемъ этихъ смазываній втеченіе 2-хъ мѣсяцевъ черезъ 1-2 дня (и прекрасно переносившихся больной) боли стали постепенно стихать и, наконецъ, исчезли.

Изъ случаевъ радикальной операціи представляетъ интересъ больная, М. Б., 25-ти лѣтъ, поступившій съ явленіями отогенной піеміи и уже оперированный въ другомъ учрежденіи. При тщательномъ осмотрѣ операціонной раны выяснилось, что гной задерживается въ *antrum* и *spatium epitympanicum*, которыя не были вскрыты при первой операціи. Новой операціей эта задержка была устранена, теченіе піеміи приняло благопріятный оборотъ, и больной выздоровѣлъ.

Кромѣ того заслуживаютъ упоминанія:

1. Случай мастоидита, также оперированнаго въ другой больницѣ и поступившаго къ намъ съ незажившей операціонной раной и очень большимъ *заглочнымъ нарывомъ*, вызваннымъ ушнымъ страданіемъ. Нарывъ былъ вскрытъ и больной вскорѣ оставилъ больницу, отказавшись отъ предложенной ему повторной операціи (въ глубинѣ раны прощупывалась обнаженная кость).

2. Случай *удаленія штифта изъ твердаго каучука изъ Гайморовой полости*. У больной два года назадъ была вскрыта Гайморова полость черезъ ячеюку зуба; полость промывалась, а просвѣтъ канала поддерживался гвоздемъ изъ твердаго каучука. Протезы этого рода дѣлаются изъ двухъ отдѣльных кусковъ, — шпильки и стержня, соединенныхъ металлической скрѣпой; отломъ широкой части гвоздя и попаданія стержня въ полость —



дѣло не особенно рѣдкое. Такъ было и въ данномъ случаѣ. Стѣнки вскрытой черезъ *fossa canina* Гайморовой полости оказались мало измѣненными, и нагноенія, поддерживаемыя инороднымъ тѣломъ, скоро прекратились.

Остальные 4 случая, которые не упоминаются, были: 1) носовое кровотеченіе, 2) тbc. гортани, 3) *mediastinitis postica*, (трахеотомія; смерть), 4) ошибочная діагностика воспаленія среднего уха (брюшн. тифъ).

Амбулаторныхъ больныхъ по болѣзнямъ уха, горла и носа было принято 554, сдѣлавшихъ 1,240 посѣщеній.

## II. Болѣзни шеи и позвоночника. 10 чел. — 5 м. и 5 ж.

По заболѣваніямъ они распредѣляются: травматическихъ — 2, воспалительныхъ — 3, новообразованій — 3. Заболѣваній позвоночника — 2, изъ послѣднихъ 1—воспалительнаго характера и 1—новообразование (?)

Изъ травматическихъ 1 случай былъ съ огнестрѣльнымъ раненіемъ револьверной пулей, и 1 случай съ множественными колотыми непроникающими ранами. Оба у мужчинъ и кончились выздоровленіемъ.

Огнестрѣльная рана была нанесена самимъ больнымъ, мужчиной 19-ти л.; входное отверстіе у внутр. кр. m. st. cl. mast. съ прав. стороны, выходное у наружн. кр. того же мускула съ лѣв. стороны. Подкожная эмфизема. Затрудненій дыханія и глотанія нѣтъ. Говорить только шопотомъ. У того же больного сквозное раненіе большого пальца пр. кисти. Черезъ 6 дней выписанъ здоровымъ.

Изъ воспалит. заболѣв. (1 хрон., 2 остр.) 2 случая были у женщинъ и 1 у мужчины. Всѣ три случая кончились выздоровленіемъ.

У дѣвочки 16-ти лѣтъ на прав. стор. шеи близъ края m. st. cl. inst. пакетъ увеличенныхъ железъ. Больна уже 2 года. Каріозные зубы. Часто страдала ангиной. Въ семьѣ туберкулезныхъ нѣтъ. Сама больная анемична, легкія — нормальны. Подъ наркозомъ (НССв) весь пакетъ вылуценъ. Железы оказались казеозно-перерожденными. Черезъ 8 дней удалена повязка. *Prima intentio*. Т<sup>о</sup> не поднималась. Выписалась здоровой.

У женщины 37-ми лѣтъ, карбункулъ, величиною съ кулакъ взрослого человека. Ознобы, высокая т°. Сахарной болѣзни нѣтъ. Въ день поступленія подъ наркозомъ (эфиръ — хлороформъ) сдѣланъ крестообразный разрѣзъ. Черезъ 2 дня т° стала нормальной, больная выписалась.

У больного 39-ти л., повидимому, изъ-за каріознаго зуба, развилось гнойное воспаленіе клѣтчатки подъ лѣв. горизонт. вѣтвью нижн. чел.. Подъ мѣстной анестезіей сдѣланъ широкій разрѣзъ. Въ недѣльный срокъ рана очистилась отъ гноя, и черезъ 10 дней выписанъ здоровымъ.

Больныхъ съ зобомъ было 3, всѣ — женщины въ возрастѣ 18-ти, 30-ти и 35-ти лѣтъ. Наслѣдственность ни въ одномъ случаѣ не отмѣчена. Время появленія опухоли въ первомъ случаѣ — 11 л., во второмъ — 3 мѣс., въ третьемъ — 9 лѣтъ. Въ двухъ послѣднихъ случаяхъ были нѣсколько разъ беременности, въ одномъ 6 и въ другомъ 10, въ обонхъ случаяхъ опухоль замѣчена послѣ 6-й беременности. Въ первомъ случаѣ были жалобы на очень сильное сердцебіеніе, во второмъ — на небольшую отдышку при скорой ходьбѣ или тяжелой работѣ, въ третьемъ — на сердцебіе и удушье. Въ 1-мъ случаѣ больная отъ операции отказалась, въ двухъ другихъ была сдѣлана стру-

мектомія. Разрѣзы мягкихъ тканей производились по Kocher'у. 1 разъ операція произведена съ мѣстнымъ обезболиваніемъ кокаиномъ, и 1 разъ — подъ хлороформомъ.

Изъ 2-хъ случаевъ заболѣваній, позвоночника у мужчинъ 24-хъ и 43-хъ лѣтъ, въ одномъ было хроническое воспаленіе позвонка въ поясничной области, въ другомъ явленія новообразованія въ области шейныхъ позвонковъ.

Рабочій 43-хъ л. жаловался на постоянныя боли въ спинѣ уже въ теченіе 5-ти лѣтъ. Послѣдній годъ не работаетъ. Въ клинику поступилъ съ кифозомъ въ поясничной части, значительнымъ лордозомъ въ прав. стор., сильныя боли въ лѣв. половинѣ живота и лѣвомъ тазобедренномъ суставѣ. Сохитис нѣтъ, движенія бедра свободны. Объективныхъ измѣненій въ полости живота нѣтъ.

Послѣ наложенія гипсового корсета всѣ боли исчезли, самочувствіе значительно улучшилось. За три недѣли пребыванія въ клиникѣ 1<sup>ю</sup> нѣсколько разъ поднималась до 37,8°. Больной ушелъ въ корсетъ.

Контршикъ, 24-хъ лѣтъ, боленъ два года, заболѣлъ послѣ простуды. Сначала жаловался на боли и слабость въ обѣихъ верхнихъ конечностяхъ. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ появилась слабость и въ нижнихъ конечностяхъ. Въ клинику поступилъ съ явленіями пареза нижней и верхней конечностей, боли въ правомъ плечѣ, неправильное положенія головы — наклоненное впередъ и вправо. Движенія головы ограниченныя и болѣзненные. На шеѣ сзади плоская опухоль, распространяющаяся въ лѣв. сторону. Лумбальная пункция ничего ненормального не дала. Подъ хлороформнымъ наркозомъ обнажены отъ всѣхъ мягкихъ частей дужки шейныхъ позвонковъ. Дужка 5-го позвонка резецирована, твердая мозговая оболочка вскрыта. Ни опухоли, ни какихъ-либо другихъ измѣненій не найдено. Микроскопическое изслѣдованіе кусочка, взятаго изъ припухлости на шеѣ кромѣ обычной картины мышечной ткани съ нѣкоторымъ разрастаніемъ соединительной ткани, не обнаружило.

Такимъ образомъ было оперировано 6 больныхъ, которымъ было произведено 6 операцій:

Вылущеніе лимфатическихъ железъ . . . . .	1
Разрѣзы и тампонада . . . . .	2
Изсѣченіе зоба . . . . .	2
Резекція дужки позвонка . . . . .	1

4 изъ этихъ операцій были сдѣланы подъ общимъ наркозомъ и 2 — съ мѣстной анестезіей. Въ послѣоперационномъ періодѣ во всѣхъ случаяхъ, кромѣ двухъ, гнойныхъ воспаленій клѣтчатки, нагноенія не было. Изъ оперированныхъ случаевъ ни одного не было съ смертельнымъ исходомъ.

### III. Грудная клѣтка, включая грудную железу и пищеводъ.

36 сл. (10 м., 26 ж.).

Оперированныхъ — 24:

Извлеченіе пуль — 4.

Удаленіе секвестра — 1.

Удаленіе новообразованій — 14.

Резекція реберъ — 3.

Пневмотомія — 1.

Трахеотомія — 1.

Неоперированныхъ — 12, умершихъ — 4.

## А. Поврежденія гр. клѣтки. 9 сл. (5 м., 4 ж.).

### 1. — *Переломы.*

Одинъ случай перелома ребра съ ушибомъ лѣвой почки, сопровождавшійся haemothorax'омъ; черезъ 2 недѣли выписался и дома поправился окончательно.

### 2. — *Раны.* 8 сл. (4 м., 4 ж.).

#### а) *колотыя.*

Д., 25 лѣтъ, получила 4 раны ножомъ въ область правой лопатки, изъ нихъ 2 поверхностныя и 2 проникающія въ полость плевры, гдѣ образовался haemopneumothorax; легкое повидимому не было ранено; черезъ 25 дней выписалась съ зажившими ранами.

#### б) *Огнестрѣльные—револьверомъ,* 7 сл.

##### 1. *Непроникающія гр. клѣтку—*2 сл.

##### 2. *Проникающія гр. клѣтку—*5 сл.

Въ 4-хъ случаяхъ пули были вынуты подъ кокаиномъ, въ остальныхъ же, въ виду глубокаго мѣстонахожденія ихъ и отсутствія показаній, онѣ были оставлены. Въ 6-ти случаяхъ заживленіе подъ струномъ безъ нагноенія. Изъ проникающихъ ранъ 2 были съ пораненіемъ внутреннихъ органовъ. Въ одномъ изъ нихъ былъ haemothorax и кровохарканіе, другой съ поврежденіемъ позвоночника кончился смертию.

А., 25 л., получила двѣ огнестрѣльн. револьверн. раны въ область пр. ключицы; входное отверстіе одной изъ нихъ находилось въ мѣстѣ соединенія пр. ключицы съ грудиной, другой—въ мѣстѣ соединенія той же ключицы съ акроміальнымъ отросткомъ; выходное отверстіе только одно—на срединѣ отростка пр. лопатки. Больная была доставлена въ клинику въ тяжеломъ состояніи: кровохарканіе, поверхностное и ускоренное дыханіе, притупленное сознаніе, параличъ нижнихъ конечностей; положеніе ухудшалось и на 3-и сутки больная скончалась почти въ безсознательномъ состояніи. Вскрытіе производилось судебными властями, и результатъ его намъ не былъ сообщенъ.

## Б. Заболѣванія стѣнокъ грудной клѣтки и гр. железы. 17 сл. (1 м. 16 ж.).

### 1. *Воспаленія—*2 сл.

Одинъ случай остеоміелита переднихъ концовъ реберъ и ихъ хрящей, явившійся какъ осложненіе черезъ 3-4 недѣли послѣ брюшного тифа; гной, взятый при вскрытіи гнойника, далъ чистую разводку тифозныхъ палочекъ. Образовавшійся свищъ не заживалъ въ продолженіе 6-ти мѣсяцевъ. Подъ общимъ наркозомъ было произведено удаленіе секвестра и выскабливаніе; черезъ два мѣсяца выписался съ зажившей раной.

#### 1 случай хронической грудницы; разрѣзъ, выздоровленіе.

### 2. *Новообразования—*15 сл.

#### а) *Незлокачественныя—*4 сл.

1 случ. (женщ.) фибросаркомы длинныхъ мышцъ спины, удаленной подъ общимъ наркозомъ.

3 случая новообразованій гр. железы: 1 — фибромы и 2 — фиброаденомы. Годы больныхъ—отъ 27 до 37 лѣтъ; время существованія опухоли отъ  $\frac{1}{2}$  года до 4-хъ лѣтъ; ни наслѣдственности ни травмы нѣтъ; величина опухолей отъ грецкого орѣха до кулака; опухоли плотной консистенціи, ясно ограничены, подвижны, безъ

болѣзненны. Во всѣхъ случаяхъ опухоли были вылучены; въ 2-хъ случ. анестезія была мѣстной и въ одномъ общій наркозъ; два раза была вставлена турунда, вынутая черезъ 3 дня; во всѣхъ случаяхъ *prima intentio*.

б) Злокачественныя — 11 случ.

1) Ракъ гр. жел. — 10 сл.

Изъ нихъ 7 сл. первичн. и 3 рецидивир. Годы больныхъ отъ 31 до 63-хъ; время развитія онух.—отъ 2-хъ мѣс. до 1½ лѣтъ; въ 3-хъ случ. ракъ былъ наследственнымъ, въ 6-ти женщ. были замужнія, 5 изъ нихъ имѣли по нѣскольку дѣтей; травмы не было ни въ одномъ случаѣ; величина опухолей отъ лѣснаго орѣха до больш. яблока; консистенція плотная, въ большинствѣ случаевъ подвижныя по отношенію къ кожѣ и подлежащимъ тканямъ; въ одномъ случаѣ опухоль состояла изъ 2-хъ отдѣльн. ядеръ, въ остальныхъ — одиночныя; лимфатич. железы были увеличены: въ 6 сл. — подмышечн., въ 4-хъ у нар. кр. больш. грудн. мышцы и въ 2-хъ подключичныя. По гистологическому строенію опухоли были 3-хъ категорій: въ 2-хъ случ. — альвеолярный ракъ, въ 1-мъ коллоидный и въ 5-ти — скірръ. Терапія во всѣхъ случ., за исключеніемъ одного съ рецидивомъ въ средостѣніе, была оперативная; производилась радикальная операція, т. е. вмѣстѣ съ опухолью удалялась и гр. железа съ апоневрозомъ и поверхностнымъ слоемъ б. грудной мышцы, а также лимфатическія железы подмышечной впадины вмѣстѣ съ окружающей клетчаткой; въ 1-мъ случаѣ были удалены подключичныя и шейныя надключичныя железы, при чемъ были обнаружены неподвижный раковый инфильтратъ вокругъ *v. jugularis* и *m. m. scaleni*; операція не могла быть сдѣлана во всей полнотѣ. Во всѣхъ случаяхъ ампутаціи гр. железы примѣнялся общій наркозъ (въ 2-хъ эфир., въ 6-ти хлороформъ, въ 1-мъ эфиръ-хлороформъ). Швы на рану съ большинствѣ случаевъ изъ кѣгуты; въ 2-хъ случаяхъ вставлялись дренажныя трубки и въ 8-ми марлевые выводники, которые удалялись на 3-5-й день; на 10-й (въ среднемъ) день швы снимались. Въ 1-мъ случаѣ образовалась гематома; въ другомъ незначительное нагноеніе около одного изъ швовъ и въ 3-мъ рана была инфицирована стрептококками съ повышеніемъ  $t^0$  до 40,0, — случаи кончились выздоровленіемъ; въ остальныхъ сл. — заживленіе *per primam intentionem* на всемъ протяженіи раны.

2) Саркома лѣвой гр. железы.

П. 18 лѣтъ, 1 годъ замужемъ; опухоль замѣтила 4 года т. назадъ, когда она была съ куриное яйцо величины; первые 2-3 года почти не росла, за послѣдній же выросла до величины головки годового ребенка; при пальпаціи въ ней прощупывались 2 отдѣльныхъ ядра; лимфатическія железы соотвѣтствующей подмышечной впадины слегка увеличены; подъ хлороформомъ опухоль съ частію пораженной гр. железы удалена; заживленіе *per primam intentionem*. Черезъ нѣсколько мѣсяцевъ у больной образовался рецидивъ, оперированный въ октябрѣ 1907 года.

## В. Заболѣванія органовъ гр. клітки.—6 сл.

### 1. Воспаленія — 5 сл.

#### а) Острыя — 4 сл.

Одинъ случай правосторонней эмпіемы.

К., 32-хъ лѣтъ, лѣтъ пятнадцать тому назадъ, перенесъ воспаленіе праваго легкаго, осложнившееся гнойнымъ плевритомъ. Въ то время на операцію больной не согласился, черезъ нѣсколько мѣсяцевъ поправился и жилъ всѣ эти годы безъ особыхъ неиріятныхъ явленій. За 3—4 мѣсяца до поступленія въ клинику, во время путешествія по желѣзной дорогѣ, въ правомъ боку появилась колющая боль. Врачъ констатировалъ плевритъ; съ недѣлю было лучше, затѣмъ снова боли и легкій знобъ по вечерамъ. При поступленіи въ больницу: боль въ правомъ боку, одышка при движеніи и кашель; при изслѣдованіи спереди и съ правой стороны надъ и подъ ключицей — тимпаническій звукъ, ниже, съ 3-го ребра — притупленіе; сзади звукъ приглушенъ, начиная съ  $\frac{1}{2}$  лопатки; на мѣстѣ приглушенія — дыхательные шумы и fremitus pector отсутствуютъ. Лѣвая граница сердца на одинъ сантиметръ кнаружи отъ лѣвой сосковой линіи; пульсъ правильный, достаточнаго наполненія; кровь: Нб—90<sup>0</sup> а, кр. шар.—4.500.000, бѣл. шар.—7.040; печень и селезенка не увеличены; въ мочѣ слѣды бѣлка; сонъ и аппетитъ хорошіе; языкъ не обложенъ,  $t^0$  не выше 37,0; пробный проколъ въ полость плевры правой стороны далъ гноевидную стерильную жидкость, содержащую кристаллы холестерина и распадъ.

Подъ кокаиномъ была сдѣлана резекція 9-го ребра по задней подмышечной линіи, вышло много гнойной жидкости; плевра оказалась очень утолщенной, легкое сильно спавшимся, зондъ проходилъ въ полости плевры до передней грудной стѣнки.

Въ дальнѣйшемъ теченіе асептической эмпіемы напоминало вскрытый холодный гнойникъ: наступила инфекция громадной полости: на 3-й день послѣ операціи къ вечеру сильный знобъ, затѣмъ повышеніе  $t^0$  до 39,5. Несмотря на ежедневныя перевязки, такое состояніе продолжалось недѣли 2. Операція была повторена; подъ хлороформомъ резецировано еще 3 ребра: 7-е, 8-е и 10-е;  $t^0$  къ вечеру пала до 36,8, а затѣмъ снова поднялась и доходила до 40,2; ежедневныя перевязки, отдѣляемаго много. Положеніе больного постепенно все-таки улучшалось, стѣнки полости стали гранулировать, легкое расправлялось,  $t^0$  понемногу понижалась, и черезъ 1 мѣсяць со времени поступленія больной выписался, чтобы оканчивать лѣченіе дома, гдѣ мѣсяца черезъ 2 поправился; однако свищъ остался.

Одинъ случай нарыва праваго легкаго (†).

Больного Х., 43 л., продуло на сквозномъ вѣтрѣ; въ продолженіе 5-ти дней знобило и днемъ и ночью, поты, а черезъ 2 недѣли кашель съ дурно пахнущей мокротой;  $t^0$  39,0. При поступленіи въ клинику перкуторно: сзади, справа, между лопаткой и позвоночникомъ, отъ *sp. scapulae* и до нижняго угла лопатки — фокусъ притупленія. Подъ кокаиномъ резекція 8-го ребра и вскрытіе гнойника въ легкомъ; выдѣлилось небольшое количество жидкости. Было улучшение, больной началъ вставать, но вскорѣ снова стало хуже, и черезъ  $1\frac{1}{2}$  мѣсяца послѣ операціи онъ скончался при явленіяхъ нарастающей сердечной слабости. При *autopsiā*: правосторонній гнойный плевритъ (2 литра зловонной жидкости), ограниченная гангрена нижней доли праваго легкаго, разлитой гнойный правосторонній бронхитъ, острый фибринозный перикардитъ, расширение и паренхиматозное перерожденіе сердца.

1 случай гангрены лѣваго легкаго (†)

черезъ мѣсяць послѣ иеріостита нижней челюсти съ образовашемъ секвестра. Подъ кокаиномъ резекція ребра; при вскрытіи плевры выдѣлилось много ихорозной съ тяжелымъ запахомъ жидкости и куски омертвѣвшей легочной ткани; черезъ 5 нед. послѣ операціи больная скончалась при сильной слабости сердечной дѣятельности.

При *вскрытіи*: гангрена всего лѣваго легкаго, гангренозные фокусы въ правомъ легкомъ, сердце — паренхиматозно-перерожденное.

Одинъ случай гнойнаго медиастинита (†), развившагося вслѣдствіе пораненія пищевода костью, которая вскорѣ вышла при дефекаціи. Вскорѣ же развились рѣзкія явленія періэзофагита и медиастинита.

Подъ кокаиномъ разрѣзь по внутреннему краю *m. sterno-cleido-mastoid.* прошли до задней стѣнки трахеи; ощупываніе тѣль шейныхъ позвонковъ, — гноя не оказалось; вслѣдъ затѣмъ въ виду затрудненнаго дыханія — трахеотомія. На другой день послѣ операціи больной стало плохо: ціанозъ; дыханіе, пульсъ стали слабѣть, и она скончалась.

*При аутопсіи:* гнойный задній медиастинитъ и явленія сепсиса, отверстія въ пищеводе не было, слизистая же въ верхнемъ отдѣлѣ его воспалена и отечна.

б) Хроническія:

Одинъ случай хронической пневмоніи.

2. Новообразованія.

Одинъ случай саркомы плевры.

Съ явленіями присутствія жидкости въ полости плевры; пробная пункция дала кровянистую жидкость съ эритроцитами и лимфоцитами. Больная выписалась безъ операціи; получены свѣдѣнія, что она вскорѣ умерла съ метастазомъ въ различныхъ органахъ.

Г. Заболѣванія пищевода. 4 сл.—(1 м. 3 ж.)

1.—Суженія. — 4 сл.

а) Рубцовыя:

Одинъ случай суженія отъ ожога *kalii caustici* съ почти полной непроходимостью около раздвоенія бронховъ; примѣненное бужированіе дало хорошіе результаты.

б) Нерубцовыя—3 сл.

Два изъ нихъ вслѣдствіе карциномы у входа въ желудокъ; въ одномъ изъ нихъ была произведена гастростомія (черезъ 17 дней больной выписался въ улучшенномъ состояніи). Въ другомъ случаѣ больной не пожелалъ подвергнуться операціи. Третій случай суженія, больная 26-ти лѣтъ, осталась съ невыясненной причиной. Въ анамнезѣ никакихъ опредѣленныхъ указаній, во время операціи, при изслѣдованіи желудка и *cardiae*—никакой опухоли найдено не было; попыткаэзофагоскопированія не удалась вслѣдствіе чрезмѣрной нервности и чувствительности больной. Остальные случаи (*cancer cardiae*) см. стр. 197.

IV. Болѣзни органовъ живота и таза.

1. Болѣзни брюшныхъ стѣнокъ. 3 случая: 1 мужч. и 2 женщ.; въ двухъ случаяхъ оказалась саркома и въ 1 случаѣ у мужч. дермоидная киста.

I. Больная К., 53-хъ лѣтъ. За 2 года до поступленія въ клинику, въ нижней части живота, тотчасъ надъ Пупартовой связкой срѣзано краснаго цвѣта пятно, возвышающееся надъ кожей. Полгода назадъ на этомъ мѣстѣ снова выросло пигментированное пятно, а на немъ до 17-ти плотныхъ краснаго цвѣта опухолей, величиной до грецкаго орѣха. Подъ СНСв была удалена вмѣстѣ съ кожей опухоль, которая оказалась *sarcoma fusocellulare*. Выздоровленіе.

II. Больная М., 32-хъ лѣтъ, поступила по поводу опухоли въ брюшной стѣнкѣ на 2 пальца вправо отъ пупка. Опухоль, величиной въ кулакъ, неподвижна, съ кожей не спаяна, бугриста и плотна на ощупь. Операція подъ мѣстной анестезіей: опухоль, исходящая изъ мышечнаго слоя, вылучена легко и оказалась *fibrosarcoma*. У этой же больной была сдѣлана операція по поводу *fistula ani*. Выздоровленіе.

III. *Cystis dermoidat. umbilic.* Врѣчь III., 33-хъ лѣтъ. Послѣ двукратнаго прижиганія *fungi umbilici* ляписомъ и послѣдующей засыпки этого мѣста висмутомъ, появились сильныя боли въ животѣ по направленію I. alba книзу. По удаленіи грибовидной опухоли

пупка подъ ней оказался зловонный гной. Полость гнойника была вычищена острой ложечкой: содержимое его состояло изъ распада и волосъ. Выздоровленіе.

**Огнестрѣльные раненія.** 4 случая: 1 рана колотая и 3 огнестрѣльные — револьверной пулей; изъ послѣднихъ одна проникающая. 1 случай кончился смертію, остальные выздоровѣли.

I. Больному Ц., 33-хъ лѣтъ, нанесены были въ спину раны кинжаломъ. Одно отверстіе находится вправо отъ поясничнаго 2-го позвонка, другое на 4 сант. вправо отъ 4-го поясничнаго позвонка. Направленіе ранъ книзу.

Въ дальнѣйшемъ образовалось haematothorax dexter; всосался. Выздоровленіе.

II. Раненый, 33-хъ лѣтъ, экспроприаторами револьверной пулей въ животъ доставленъ въ полубезсознательномъ состояніи; одышка, ціанозъ; Пульсъ 120, слабый, животъ вздутъ, рвота.

Входное отверстіе находится въ области epigastrii съ правой стороны отъ мечевиднаго отростка грудины. Выходное расположено на задней подмышковой линіи, приблизительно на уровнѣ верхняго края 10-го ребра. Размѣръ отверстія = 5-копѣчной монетѣ. Область epigastrii кажется припухшей и болѣзненной.

Теченіе осложнилось скопленіемъ въ правой плеврѣ. Аспираторомъ Potain'a удалено около 850 сс. серозной жидкости.

Выходное отверстіе было раскрыто 2 раза и удалены куски реберъ. Правое 9-е ребро было резецировано; хлынула масса темно-коричневой жидкости сквернаго запаха съ примѣсью гноя. Дренажъ. Выздоровленіе.

III. Больной К., 26-ти лѣтъ, получилъ револьверную рану въ животъ. Входное отверстіе на 3 см. вправо отъ середины разстоянія между пупкомъ и концомъ грудины; на 3 см. выше spina art. sup. dext. прощупывается пуля. Пуля извлечена. Выздоровленіе.

IV. Больной П., 16-ти лѣтъ, нанесены 2 огнестрѣльные раны. Входное отверстіе одной раны справа отъ гребешка подвздошной кости на 5 см. отъ позвоночника, второе въ области ягодицы, на 3 пальца выше ягодичной складки. Рвота безъ крови, моча безъ крови. Черезъ 2 дня смерть.

Вскрытіе показало, что смерть послѣдовала отъ перитонита, который исходной точкой имѣлъ пробитую въ 4-хъ мѣстахъ толстую кишку.

**Воспаленіе брюшины.** 3 случая: мужч. 1, женщ. 2. Два выписались безъ операціи, одинъ кончился смертію.

I случай. Больная, 18-ти лѣтъ, поступила съ симптомами воспаленія брюшины: боли въ животѣ при дотрогиваніи; вздутый животъ, частый малый пульсъ, притупленій нѣтъ, рвота. Въ анамнезѣ больной указанія на существованіе припадковъ аппендицита. Покой, ледъ, t-га opii. Выздоровленіе.

II-й случай. *Peritonitis tuberculosa*.

Переведенъ изъ терапевтической клиники, куда былъ принятъ по поводу сердцебіенія, опухоли ногъ, асцита и одышка. T<sup>o</sup> все время повышена. При осмотрѣ: животъ вздутъ особенно въ нижней части, пупокъ слегка выпяченъ. При перкуссіи живота тупой звукъ отъ пупка до лобка. Въ области тупого звука можно констатировать присутствіе жидкости. Въ области правой верхушки тупой звукъ и здѣсь же слышится выдохъ; въ мочѣ бѣлокъ и зернистые цилиндры. Выписался, отказавшись отъ операціи.

III случай разлитого перитонита отъ воспаленія червеобразнаго отростка. См. въ главѣ: „аппендицитъ“.

*Tuberculosis gl. retro-peritoneal.*

Наблюдался 1 разъ у больной Л., 26-ти лѣтъ, при осмотрѣ которой найдено по средней линіи живота опухоль, величиной въ кулакъ, малоподвижная, болѣзненная, плотной консистенціи: при перкуссіи она даетъ притупленіе. Въ анамнезѣ lymphadenit. tub. colli, оперированный 3 года назадъ. Операція подъ СНСл: оказалась tub. забрюшинная железа въ брыжжейкѣ тонкой кишки. Вся брюшина покрыта мелкими бугорками. Швы, заживленіе per primam.



*Новообразование желудка.* 6 случаев: 3 мужч., 3 женщ. Возраст от 46—60 л. Время пребывания от 10 дней до 2 мѣс. Cancer cardiae наблюдали 3 раза: мужч. 2, женщ. 1. Больные поступили съ жалобой на похуданіе и на непроходимость твердой пищи. Изслѣдованіе желудочнаго сока: отсутствіе соляной кислоты и обильное количество молочной. Зондъ, введенный въ желудокъ, встрѣчалъ препятствіе у входа въ него. Двое больныхъ отказались отъ операціи, а у одной была произведена гастростомія по обычному у насъ способу (Kader—Witzel—Fontana). (См. также стр. 195).

Больная В., 60-ти лѣтъ, принята съ большимъ воспалительнымъ инфильтратомъ передней стѣнки живота; въ центрѣ зыбленіе. При разрѣзѣ оказалось, что полость нарыва сообщалась съ полостью желудка и наполнена зловоннымъ ихорознымъ распадомъ. Желудокъ имѣлъ раковую опухоль и приросъ къ стѣнкѣ живота, такъ что задняя стѣнка желудка была видна изъ разрѣза. Вскорѣ послѣ операціи изъ раны стало выдѣляться желудочное содержимое и больная черезъ 10 дней погибла. При вскрытіи оказалось: cancer fundi ventriculi in parte pylorica, exulcerat. per pariet abdominal. Perigastro-colo-hepatitis chronica adhaesiva, atrophia fusca myocardii, bronchitis purulenta, degeneratio parenchymatosa renum.

Больной И., 55-ти лѣтъ, поступилъ съ слѣдующими явленіями: желудокъ расширенъ, вздутъ и крайне болѣзненъ при ощупываніи. Отсутствіе соляной кислоты, много масляной и молочной, рвоты нѣтъ, безъ клизмы не слабитъ. Въ анамнезѣ продолжительныя диспептическія явленія. Выписался, не согласившись на операцію.

*Cancer pylori.* Больная, 38-ми лѣтъ, сильно исхудала. Вздутіе живота въ средней части; при раздраженіи брюшныхъ стѣнокъ — перистальтическія движенія тонкихъ кишокъ. При ощупываніи сейчасъ же вправо отъ средней линіи въ подчревной области прощупывается плотная опухоль, величиной съ куриное яйцо; опухоль болѣзненна, подвижна и со стѣнками живота не сращена. Послѣ введенія въ желудокъ шипучаго порошка границы его обозначаются: отъ мечевиднаго отростка по lin. alba вплоть до пупка. Послѣ высокой клизмы colon transvers. обозначается на срединѣ разстоянія между пупкомъ и лобковой костью. Операція подъ СНСл. Разрѣзъ по lin. alba отъ мечевиднаго отростка 10 см.; новообразование спрослось съ печенью, flexur. hepatic. и 12-перстной кишкой. Gastroenterostomia retrocolica posterior. Второй разрѣзъ 7-8 см. въ области flex. sigmoid; сдѣлано соустье между flex. sigmoid. и нижней частью ilei. Послѣдовала смерть черезъ недѣлю. При вскрытіи: stenosis cancrosa pylori, peri-gastro-colo-hepatitis chronica adhaesiva, cholecystitis purulenta, peritonitis acuta, circumscripta; pneumonia acuta lobi inferior. dextri. atrophia et degeneratio parenchymatosa myocardii; degeneratio parenchymatosa hepatis et renum, petechiae cutis disseminatae. Микроскопическое изслѣдованіе — скірръ.

*Cicatrices ventriculi* (песочные часы) наблюдался въ одномъ случаѣ у больной А., 37-ми лѣтъ, которая долго и безнадежно лѣчилась отъ постоянной боли въ желудкѣ. При изслѣдованіи больной оказалось, что желудокъ при перкуссіи увеличенъ и при раздуваніи большая кривизна ниже пупка, желудочное содержимое кислой реакціи, прогорклаго запаха, соляная кислота есть, молочной нѣтъ. Общая кислотность 30-40<sup>0</sup>о. Распознаваніе — расширение желудка вслѣдствіе рубца на почвѣ круглой извы. При лапортоміи (эвирн. наркозъ) оказалось, что на границѣ тѣла и antr. pyloricum желудка находится перетяжка, такъ что желудокъ имѣетъ форму песочныхъ часовъ. На мѣстѣ перетяжки сдѣланъ разрѣзъ параллельно кривизнѣ, зашитый въ поперечномъ направленіи. Послѣоперационное теченіе безъ осложнений. Выздоровленіе.

Одинъ разъ наблюдался случай *инороднаго тѣла въ желудкѣ*. Больная В., 16-ти лѣтъ, проглотила во время разговора 50-копеечную монету. Больной было дано ol. ricin, послѣ чего вмѣстѣ съ испражненіемъ вышла монета. Время преб. 3 дня.

*Изъ заболѣваній кишечника* былъ 1 случай coprosta's'a у больной 22-хъ лѣтъ, кото-



рая поступила по поводу боли въ животѣ, рвоты и неотхожденія газовъ. Больной была сдѣлана глубокая клезма 12 стак. и грозныя явленія исчезли. Время преб. 5 дней.

*Volvulus coeci.* Больная поступила съ явленіями непроходимости кишечника. Операция. Послѣ разрѣза по *lin. alba* подъ эфирнымъ наркозомъ нашли сильно раздутую слѣпую и толстую кишку, брюшина которыхъ воспалена и покрыта фибринозными пленками. При попыткѣ вывести кишку наружу, послѣдняя лопнула и часть кишечнаго содержимаго попала въ полость живота, которая была тотчасъ промыта физиологическимъ растворомъ. При осмотрѣ оказалось, что *col. ascend* у *flexura coli hepatica* перекручена вправо, что было возможно благодаря длинной брыжжейкѣ. Перекрученный и омертвѣвшій участокъ толстой кишки изсѣченъ; между тонкой и поперечно-ободочной кишкой была сдѣлана *enteroanastom.* Тампонада по Микуличу. Смерть черезъ 5 дней.

При вскрытіи найдено: *Peritonitis fibrinosa purulenta exsudativa universalis; obesitas et dilatatio cordis; endocarditis chronica nodosa. Oedema pulmonum. Tumor lienis septicus, atrophia fusca hepatis, cirrhosis renum ex arterioclerosis. Fibromyoma uteri subserosum.*

*Sarcoma coeci.* Больной, 29-ти лѣтъ, поступилъ по поводу подвижной опухоли въ животѣ, твердой по консистенціи и малоболѣзненной. Подъ эфирнымъ наркозомъ резекція всей слѣпой и большей части восходящей кишки; оба конца кишки зашиты; энтероанастомозъ поперечной ободочной кишки съ толстой. Удаленіе пораженныхъ брыжжечныхъ железъ. Тампонація. Швы. Выздоровленіе. По свѣдѣніямъ черезъ полгода рецидивъ.

*Carcinoma coli descendents et flexurae sigmoideae.*

Наблюдалось у мужчины, который поступилъ по поводу опухоли въ лѣвой половинѣ живота. Опухоль плотной консистенціи, бугристая, болѣзненная при давленіи, малоподвижная, величиной съ грецкій орѣхъ. Операция подъ СНСъ, опухоль *coli descendens* на границѣ *flex. sigmoid.* Опухоль изсѣчена, концы закрыты швомъ, анастомозъ между *flex. sigmoid* и *flex. coli lienal.* Выздоровленіе. По свѣдѣніямъ черезъ нѣсколько мѣсяцевъ рецидива нѣтъ.

*Туберкулезъ кишекъ и брюшины* (смерть отъ хлороформа). См. выше стр. 183.

#### Болезни прямой кишки.

*Tumores haemorrhoidales* наблюдались 13 разъ: мужч. 12, женщ. 1. Въ 7-ми случаяхъ операция была произведена подъ мѣстной анестезіей, въ 3-хъ случаяхъ — подъ хлороформомъ, въ 1-мъ случаѣ — подъ эфирнымъ наркозомъ, въ 1-мъ случаѣ — спинно-мозговая анестезія по *Bier'у* и въ 1-мъ случаѣ больной выписался безъ операции. Въ анамнезѣ у всѣхъ больныхъ отмѣчаются постоянные запоры. На границѣ кожи со слизистой оболочкой *recti* можно было видѣть геморроидальные узлы въ количествѣ отъ 2 — 8. Операция производилась слѣдующимъ образомъ: послѣ расширенія сфинктера, шишки захватывались зажимами, кожа на нѣкоторомъ протяженіи отсепаровывалась скальпелемъ или ножницами, шишки перевязывали кѣтутомъ (рѣдко шелкомъ) и отрѣзали. При перевязкѣ и отрѣзаніи узловъ старались сохранить между ними участки слизистой оболочки. Въ прямую кишку вставлялась іодоформная марля. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ (2) въ первые два дня послѣ операции была задержка въ мочеиспусканіи. Больные выписывались въ среднемъ черезъ двѣ недѣли.

*Prolapsus recti* наблюдался 1 разъ у мужчины, 58 лѣтъ; заболѣлъ 15 лѣтъ назадъ; кромѣ выпаденія прямой кишки имѣется недержаніе испражнений.

Выпавшій отрѣзокъ прямой кишки былъ приблизительно 5—6 см. Подъ СНСъ былъ сдѣланъ разрѣзъ отъ вершины копчика до *anus'a*; копчикъ былъ резецированъ, а затѣмъ

по задней стѣнкѣ возможно больше заходя на боковыя стѣнки recti были наложены 5 продольныхъ швовъ, которые были связаны между собой для поперечнаго стягиванія, кромѣ того сближены внутреннія края levat. ani; вокругъ apus'a лигатура изъ кѣтгута; въ верхній конецъ раны введена турунда; швы на кожу. Выздоровленіе. Результатъ операціи хорошій.

*Cancer recti* наблюдался 1 разъ у мужчины, 41 года. За 3 мѣсяца до поступленія въ клинику у больного появились жидкія кровавыя испражненія по нѣскольку разъ въ день. Больной сильно истощенъ. При осмотрѣ rectum — выше сфинктера новообразованіе плотное, плоское съ язвой по срединѣ, охватывающее кишку въ видѣ кольца. Распадъ на язвѣ кровянисто-гнойный. Слизистая оболочка выше опухоли также плотнѣе нормальной. Выписался, отказавшись отъ операціи.

*Polypus recti* наблюдался 1 разъ у гимназиста, 12 л., который поступилъ съ жалобой на кровь въ испражненіи, замѣченную нѣсколько мѣсяцевъ назадъ. При осмотрѣ прямой кишки ректоскопомъ въ нижнемъ отдѣлѣ ея на слизистой находится полипъ на ножкѣ, величиной въ 2 см.; полипъ сильно кровоточитъ. Полипъ былъ извлеченъ наружу, перевязанъ у основанія шелковой лигатурой и отсѣченъ.

*Fistula ani*—1 разъ у больного, 30 лѣтъ, которому 3 недѣли назадъ былъ сдѣланъ разрѣзъ около задняго прохода, около гнояника. При осмотрѣ у задняго прохода находится язва въ 2,5 см., съ гнойнымъ отдѣляемымъ. Зондъ проникаетъ на глубину 5 см. Подъ мѣстной анестезіей разсѣченъ свищевой ходъ и жомъ, вставлена йодофор. турунда. Выздоровленіе.

### Болѣзни паренхиматозныхъ органовъ.

*Echinococcus lienis?*—1 случай у женщины, 62 л., которая поступила въ клинику съ опухолью въ лѣвой половинѣ живота, малоподвижна, съ эластическ. стѣнками, флюктуирующая, безболѣзненная. Тупость опухоли сливается съ опухолью селезенки. Выписалась, отказавшись отъ операціи.

*Neoplasma pancreatis?* Больной В., 46 л., отмѣчаютъ въ анамнезѣ упорную желтуху, которой онъ страдалъ за 5 мѣс. до поступленія и которая не поддавалась никакимъ лѣкарственнымъ мѣропріятіямъ; больной сильно худѣлъ. Опухоль въ области pancreat. Выписался безъ операціи.

*Болѣзни печени.* Неоперированные случаи: 1 сл. cirrhosis hepatis у больной 36-ти л. (переведена въ терапевт. клинику); 1 случай cancer hepatis у больной 42 л., которая отказалась отъ операціи. 3 случая желчно-каменной болѣзни у женщинъ, одинъ — гнояника печени — выздоровленіе, и 1 случ. хроническаго ангиохолита, — умерла. Оперированные болѣзни печени см. статьи проф. А. В. Мартынова и д-ра К. К. Ивенсена. (Стр. 92, 93, 94, 105 и 109).

### Мочеполовыя болѣзни.

*Nephrolithiasis.* 3 случая: женщ. 2, мужч. 1; возрастъ отъ 26—56 л.; время пребыв. 1—1½ мѣс. Въ 2 случ. операція подъ комбинированн. наркозомъ — эфиръ и СНСъ; 1 выписался безъ операціи. Всѣ 3 случая имѣли типичную картину камней почки; въ анамнезѣ у всѣхъ тронхъ наблюдались стрѣляющіе боли въ почкѣ при относительномъ здоровьѣ всѣхъ органовъ; моча со слѣдами бѣлка, съ небольшимъ количествомъ эритроцитовъ въ осадкѣ. Въ двухъ случаяхъ было произведено сѣченіе почки. При операціи въ обоихъ случаяхъ помимо камней найдены были небольшіе гнояники въ околопочечной кѣтчаткѣ. Оба больные выписались въ хорошемъ состояніи съ поверхностно гранулирующей раной для амбулаторнаго лѣченія. Третій слу-

чай не былъ оперированъ, такъ какъ теплыя ванны и внутреннее лѣчение оказались настолько благопріятными, что боли исчезли и больная не пожелала подвергаться операциіи.

*Paranephritis* наблюдался одинъ разъ у мужчины, 25-ти лѣтъ, у котораго при изслѣдованіи найдено сзади и справа въ области правой почки замѣтное выпячиваніе мягкихъ частей; кожные покровы здѣсь отечны, горячи на ощупь, болѣзненна при давленіи;  $t^0$  повышена. Операциа подъ СНСъ.

Изъ разрѣза хлынула масса гноя. Тампонація раны. Теченіе раны благопріятно. При изслѣдованіи гноя найденъ золотистый стафилококкъ.

*Pyonephrosis* наблюдался 1 разъ у мужчины 48 лѣтъ и 1 разъ у женщины 48 лѣтъ; одинъ случай оперированъ (подъ эфиромъ).

Оперативный случай наблюдался у больной, которая поступила въ клинику по поводу опухоли въ лѣвой половинѣ живота на мѣстѣ лѣвой почки. Больная жалуется на боли при мочеиспусканіи съ отдачей въ лѣвую половину живота и на повышение  $t^0$ . При цистоскопії больной найдено, что лѣвый мочеточникъ гиперемированъ и изъ него выдѣляется мутная жидкость. Пробный проколъ далъ гной. Было вскрыто два гнойника въ почкѣ.

Тампонація раны. Больная выписалась со свищевымъ ходомъ для амбулаторнаго лѣченія.

Во второмъ случаѣ заболѣваніе касалось правой почки, на мѣстѣ которой при изслѣдованіи больного найдена опухоль величиной съ головку новорожденного, со спинками живота не спаянную и дающую флюктуацію. Больной сильно истощенъ, плохой аппетитъ и рѣзко выраженные диспептическія явленія. При изслѣдованіи мочи найдены гной и гліалиновые цилиндры. Черезъ 4 дня послѣ поступленія больного прослабило гноемъ въ теченіе ночи разъ 20, опухоль уменьшилась, боли прекратились и больной выписался.

*Calculi vesic. urinar* наблюдались 6 разъ; возрастъ 6—60 л., время пребыванія 18 дней —  $1\frac{1}{2}$  мѣс. Въ трехъ случаяхъ подъ СНСъ была сдѣлана *sectio alta*. Пузырь при операциіи всегда зашивали наглухо швами изъ кѣтгута и никогда не расканвались въ этомъ. У двохъ больныхъ, которые страдали *cystit*омъ, въ теченіи болѣзни на 3—4 день наблюдалось нагноеніе предпузырной кѣтъчатки. Камни—фосфаты, вѣсомъ 10,0—20,0. Въ третьемъ случаѣ послѣоперационное теченіе протекло безъ всякихъ осложненій, камень оказался уратомъ, вѣсомъ 50,0.

Въ одномъ случаѣ *sectio alta* была произведена подъ спинно-мозговой анестезіей по *Bier*'у (*tropococain* + *supragenin*). Эффектъ въ смыслѣ обезболиванія получился поразительный; больной прекрасно перенесъ операцию. Вечеромъ въ тотъ же день повязка сильно промокла кровью. Кровоподтекъ въ области мошонки и промежности. Рана раскрыта, удалена масса сгустковъ, сняты глубокіе швы. Кровотеченіе исходило изъ *cavum Retzii*, куда вставленъ былъ тампонъ. На слѣдующій день повязка оказалась сухой и въ дальнѣйшемъ гранулированіе раны было настолько хорошо, что скоро были наложены швы на кожу.

*Litotripsia* была произведена въ 2 случаяхъ.

1 случай касался старика 63-хъ лѣтъ, у котораго при изслѣдованіи, помимо камня, найдено мутная, гнойная моча. Раздробить камень литотрипторомъ удалось легко, но послѣ-

операционное течение сопровождалось припухлостью обеих яичек и повышением  $t^0$ . Сперва сделанъ былъ разрѣзъ на правой сторонѣ мошонки, по причинѣ флегмонознаго воспаленія ея, а затѣмъ на лѣвой, гдѣ воспаленіе съ мошонки распространилось на паховую область. Приблизительно черезъ 2—3 недѣли обѣ раны зарубцевались.

Второй случай касался старика 80-ти лѣтъ, который поступилъ въ клинику съ рѣзко-выраженнымъ bronchit'омъ, myocardit'омъ и гноемъ въ мочѣ. Послѣ операции (камень оказался уратъ) повышеніе  $t^0$  и обильное выдѣленія гноя изъ urethr'y. Нагноеніе не прекращалось, и при явленіяхъ сердечной слабости больной скончался. При вскрытіи найдено: oedemapulmon, bronchitis, pneumonia incip. arteriosclerosis, hypertrophia cordis, pyelo-nephritis, cystitis purulenta, hypertrophia prostatae.

### *Neoplasma vesicae urinae 2 случая.*

1-й случай. Юноша 17-ти лѣтъ поступилъ съ жалобой на припухлость въ области мочевого пузыря и на боль и затрудненіе при мочеиспусканіи. Больной носитъ мочепрѣмникъ, въ которомъ находится мутная, грязная моча съ амміачнымъ запахомъ. При изслѣдованіи per rectum и черезъ брюшныя стѣнки, найдена плотная опухоль въ лѣвой половинѣ пузыря. Операция — промежностное сѣченіе, вся поверхность пузыря устьяна рядомъ опухолей, въ видѣ гроздей винограда, легко удалившихся пальцемъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи: мягкая фиброма. Дренажъ раны. Выписался съ улучшеніемъ.

Въ другомъ случаѣ больной, полковникъ В., 53 л., поступилъ по поводу новообразованія пузыря. Выписался безъ операции.

*Tuberculosis cystis.* Больная М., 20-ти лѣтъ, поступила съ жалобой на рѣзъ при мочеиспусканіи, частые позывы на мочу, кровь въ мочѣ и недержаніе мочи. При изслѣдованіи пузыря на передней стѣнкѣ его находится полипозное разращеніе, которое хорошо видно цистоскопомъ. Лечение — вливаніе іодоформной эмульсіи; выписалась съ небольшимъ улучшеніемъ. При изслѣдованіи мочи: кровь, лейкоциты и туберкулезныя палочки.

*Hydrocele.* 5 случаевъ въ возрастѣ 19—46 лѣтъ; въ 4-хъ случаяхъ hydrocele съ правой стороны, въ 1 случаѣ — съ лѣвой. При изслѣдованіи больныхъ въ той или другой части мошонки находилась опухоль въ большинствѣ случаевъ неправильной грушевидной формы, съ кожей не слаяна, безболѣзненна, флюктуирующая. При просвѣщиваніи констатировалось присутствіе свѣтлаго содержимаго. Операция произведена 1 разъ съ эфирнымъ наркозомъ, а въ остальныхъ случаяхъ (4) съ мѣстной анестезіей. Производилось иссѣченіе оболочекъ. Осложненій не наблюдалось. Турунда вынималась на 5—6 день. Всѣ больные выписались съ хорошимъ результатомъ.

*Tuberculosis testis sinistr.* наблюдался 1 разъ у священника К., 34-хъ лѣтъ, который поступилъ въ клинику съ явленіями ясно выраженнаго tub.-ritm и съ жалобой на боль и опухоль въ лѣвомъ яичкѣ. При изслѣдованіи лѣваго яича, оно вообще увеличено, а въ верхней части, въ области придатка, оно плотно и болѣзненно, въ нижней же оно мягко, эластично и даетъ зыбленіе. Правое яичко атрофировано. Операция — удаленіе пораженнаго яичка подъ мѣстной анестезіей; въ полость раны введена турунда, больной выписался на югъ.

*Новообраз. testiculi* наблюдалось 3 раза; два раза въ лѣвомъ яичкѣ и 1 разъ въ правомъ. Возрастъ 37—42; время пребыв. 20—30 дней. Операция подъ СНСъ 2 раза и 1 разъ подъ мѣстной анестезіей. Два случая выздоровленія и одинъ случай смерти.

1-й случай. Больной за 3 мѣсяца до поступленія въ клинику замѣтилъ опухоль въ лѣвомъ подреберьи. Опухоль быстро росла и достигла величины головки новорожденнаго младенца. При изслѣдованіи опухоли — она плотна, неподвижна и бугриста, почти съ

голову взрослого человека. Лѣваго яичка въ мошонкѣ нѣтъ. Операция подъ СНСл. Разрѣзъ отъ пупка параллельно лѣвой реберной дугѣ до lin axillar. Опухоль лежитъ позади брюшиннаго листка; производится попытка удаленія опухоли. Опухоль сильно кровоточитъ; удаленіе опухоли невозможно (неподвижность у корня). Смерть послѣдовала въ тотъ же день при явленіяхъ сердечной слабости. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоль оказалась carcinoma solidum testiculi. При вскрытіи найдено: Neoplasma testiculi retenti sinistr., metastas. glandul. lymphat. subperiton., hydronephros. bilater. ex neoplasm. Degeneratio parenchymatosa myocardii et renum. Oedema pulmonum Degeneratio parenchymatosa hepatis. Haemorrhagia in cav. periton.

2-й случай. Опухоль въ правой половинѣ мошонки, отъ нея идетъ плотный тяжъ въ паховой каналъ и малый тазъ; опухоль безболѣзненна, съ кожей не слаяна. Подъ СНСл перерожденное яичко и канатикъ удалены, введена турунда; швы изъ кѣтгута, а на мышцы и кожу шелковые. Выписали съ гранулирующей раной. Подъ микроскопомъ опухоль — круглоклѣточная саркома.

3-й случай. При изслѣдованіи больного С. — 37-ми лѣтъ, найдена опухоль въ лѣвой половинѣ мошонки. Опухоль величиной съ апельсинъ, плотная и безболѣзненная. Кастрація подъ мѣстной анестезіей. При изслѣдованіи опухоли, она оказалась круглоклѣточной саркомой.

### *Elephantiasis scroti 2 случая.*

1-й случай. При осмотрѣ больного Л. — 30-ти лѣтъ, мошонка представляется сильно увеличенной во всѣхъ размѣрахъ (наибольшій размѣръ 74 см.) и свисаетъ внизъ до верхняго края надколѣнника. Вся передняя поверхность мошонки покрыта корочками и рубцами. При ощупываніи мошонки, она плотна, лишь мѣстами попадаются мягкіе участки; яички не прощупываются, penis не виденъ; на его мѣстѣ имѣется воронкообразное углубленіе, изъ котораго моча спускается широкой струей по передней поверхности мошонки. Подъ СНСл наркозомъ удалена была вся мошонка, за исключеніемъ боковыхъ сторонъ и части передней, которые оставлены были для покрытія яичекъ и penis'a. Ткани мошонки оказались пропитанными лимфой. Вставлена турунда, швы изъ кѣтгута. Удаленная опухоль вѣситъ 10½ ф. Втеченіе первой недѣли отхожденіе клѣтчатки и повышеніе t° до 39,5. Недѣли черезъ 1½ рана зарубцевалась.

2-й случай. Больной С., 36-ти лѣтъ, сталъ замѣчать утолщеніе мошонки, начиная съ корня penis'a. Пять лѣтъ назадъ удалены паховыя лимфы съ правой стороны. При поступленіи находимъ, что мошонка увеличена и отвисла, большая часть penis'a скрыта. Кожа мошонки краснаго цвѣта разныхъ оттѣнковъ. Raphe scroti выражена въ видѣ толстаго шнура, идущаго отъ края крайней плоти назадъ, у верхушки мошонки raphe сглаживается и теряется на задней сторонѣ мошонки. Кожа мошонки спереди утолщена и имѣетъ характеръ слоновости. Грыжа лѣвой паховой области. Подъ эфирнымъ наркозомъ удалена передняя стѣнка мошонки циркулярнымъ разрѣзомъ отъ glans penis до основанія мошонки. Выздоровленіе.

### *Extrophia vesicae urinariae.*

Надъ лобкомъ красная, бугристая, влажная поверхность задней стѣнки мочевого пузыря; на ней находятся отверстія мочеточниковъ, изъ которыхъ выдѣляется моча. Зачаточный половой членъ, головка котораго расщеплена на двѣ части, надъ ней въ видѣ толстой кожной складки лежитъ крайняя плоть; на тыльной сторонѣ penis'a идетъ желобъ, который представляетъ изъ себя мочевой каналъ. Больной пришелъ въ клинику съ мочепріемникомъ собственнаго изобрѣтенія и выписался вскорѣ безъ операции по домашнимъ обстоятельствамъ.

### *Fistula vesicovaginalis.*

Елена Д., 38-ми лѣтъ. Вскорѣ послѣ родовъ развилось недержаніе мочи. При осмотрѣ больной кожные покровы губъ, нижнія части живота и внутренняя поверхность бедеръ

покрыты сыпями и изъязвленіями, сильный зудъ въ этихъ областяхъ и страшное зловопіе отъ больной. При осмотрѣ vagin'ы зеркаломъ на передней поверхности ея, почти до свода, отмѣчается сложенная въ складки бархатистая слизистая пузыря величиной въ серебрянный рубль. Во влагалищѣ масса рубцовъ. Катетеръ, введенный въ пузырь, показываетъ на указанный выше дефектъ vagin'ы. Больной 3 раза были сдѣланы попытки освѣжить и сшить слизистыя пузыря vagin'ы, но попытки не увѣчались успѣхомъ: осталось небольшое свищевое отверстіе среди рубцовой ткани; больной устроилъ моче-пріемникъ.

#### IVa. Грыжи. 66 человекъ — 48 мужч. и 18 женщ.

Одинъ больной выпиcался безъ операціи, у остальныхъ было произведено 71 грыжесѣченіе. Возрастъ больныхъ — отъ 8 до 67 лѣтъ, наибольшее количество случаевъ относится на возрастъ отъ 36—40 лѣтъ.

При операціяхъ примѣнялся или наркозъ, или анестезія (см. выше).

Швы на кожу накладывались изъ кѣтгута, и, если не вводилась въ рану марля, примѣнялся коллодійная повязка. Последнюю вмѣстѣ съ приставшими и уже розсосавшимися швами снимали на 14—15 день, и больной при отсутствіи осложненийъ выпиcывался въ концѣ 3-й недѣли послѣ операціи.

#### Неущемленные грыжи.

*I. Бедренныя грыжи:* 2 женщины. Оба случая съ правой стороны. Въ одномъ случаѣ содержимое состояло изъ слѣпой кишки и червеобразнаго отростка; въ обоихъ случаяхъ грыжевой мѣшокъ былъ изсѣченъ, и глубокая фасція бедра подшита къ пупартовой связкѣ. Въ обоихъ случаяхъ рана.

*II. Пупочныя грыжи:* 4 женщины. Три изъ нихъ были оперированы подъ хлороформомъ, одна подъ кокаиномъ. Въ одномъ случаѣ мѣшокъ былъ при операціи безъ содержимаго, въ двухъ другихъ случаяхъ былъ приросшій сальникъ, часть котораго была удалена при операціи, въ четвертомъ случаѣ помимо сальника было сращеніе съ поперечной ободочной кишкой; сращения были разъединены, и кишка вправлена.

Способы зашиванія примѣняются различные въ зависимости отъ величины пупочной грыжи и состоянія мышцъ живота. При небольшихъ грыжахъ примѣнялся способъ, предложенный профессоромъ *Сатъжко*, съ вворачиваніемъ апоневроза. Въ другихъ случаяхъ или подводится тотъ или другой край разрѣзаннаго апоневроза подъ другой (*Дьяконовъ*), или отдѣльно сшивается апоневрозъ и отсекарованыя мышцы. При растянутыхъ и отвислыхъ брюшныхъ стѣнкахъ кромѣ вертикальнаго шва накладывается иногда шовъ на апоневрозъ и въ поперечномъ направленіи.

Заживленіе въ трехъ случаяхъ было первичнымъ натяженіемъ; въ одномъ случаѣ было нагноеніе въ глубокомъ швѣ, послѣ удаленія котораго больная выпиcалась съ небольшой грануляціонной поверхностью.

III. *Грыжи белой линии*: 1 мужч. Опухоль находилась между пупкомъ и мечевиднымъ отросткомъ, была величиною съ куриное яйцо и легко выправлялась. Операция подъ коканомъ, мѣшокъ оказался при операциіи безъ содержимаго и былъ удаленъ, грыжевое отверстіе было расположено поперечно. Апоневрозъ зашитъ шелкомъ, на кожу катгутъ. Въ послѣоперационномъ теченіи нагноеніе въ кожныхъ швахъ.

IV. *Паховыя грыжи*: 35 мужч. и 3 женщ. У женщинъ всѣ три случая правосторонней грыжи; у мужчинъ двадцать одинъ съ правой стороны, восемь съ лѣвой и шесть случаевъ двустороннихъ грыжъ — всего сорокъ четыре паховыя грыжи. Мѣстная анестезія была примѣнена восемнадцать разъ, хлороформъ шестнадцать, эфиръ восемь, двѣ грыжи оперированы при спинномозговой анестезіи.

Для зашиванія грыжъ въ двадцати девяти случаяхъ былъ примѣненъ способъ *Bassini*, а въ пятнадцати оперировали по принципу *Roux*. Примѣнялся тотъ способъ, который казался наиболѣе удобнымъ въ данномъ случаѣ. Мѣшокъ рѣдко удалялся весь. Въ большинствѣ случаевъ выдѣлялась лишь его шейка и пересѣкалась, центральный отрѣзокъ перевязывался или зашивался катгутомъ; периферическая часть оставлялась *in loco*. При способѣ *Bassini* для пришиванія мыщцъ къ пупартовой связкѣ и для зашиванія апоневроза примѣнялся шелкъ, на кожу катгутъ. При зашиваніи по принципу *Roux* для глубокихъ швовъ употреблялся шелкъ въ количествѣ четырехъ-пяти; первый уколъ каждаго шва дѣлался на палецъ, введенный въ паховой каналъ, черезъ апоневрозъ и мыщцы, выкалывался тамъ же второй уколъ и выколъ чрезъ апоневрозъ и пупартову связку. Такимъ образомъ послѣ завязыванія получалась складка въ апоневрозѣ, а мыщцы доводились до пупартовой связки. Иногда приходилось разрѣзать апоневрозъ для болѣе удобнаго выдѣленія мѣшка; тогда оперировали по *Bassini* или подшивали апоневрозъ и мыщцы къ пупартовой связкѣ, нижній же доскутъ апоневроза подтягивался кверху; образовывалась дубликатура апоневроза.

Относительно содержимаго грыжевыхъ мѣшковъ можно отмѣтить, что въ тридцати двухъ случаяхъ мѣшки при операциіи были пусты, хотя одинъ изъ нихъ имѣлъ массу отдѣльныхъ кармановъ и былъ очень плотно соединенъ съ окружающими тканями. Въ пяти случаяхъ былъ салыникъ, который удалось въ двухъ случаяхъ выправить, а въ трехъ пришлось резецировать въ виду его сращенія со стѣнками мѣшка; въ одномъ случаѣ помимо салыника была приращена петля тонкой кишки, сращенія были разъединены, а салыникъ резецированъ. Въ одномъ случаѣ содержимымъ оказалась слѣпая кишка, при потягиваніи за которую въ ранѣ показался неизмѣненный червеобразный отростокъ; послѣдній и слѣпая кишка были выправлены въ полость брюшины. Въ одномъ случаѣ было настолько плотное спаяніе тонкой кишки съ грыжевымъ мѣшкомъ, продолжавшееся въ полость



брюшины, что пришлось выправить кишку вмѣстѣ съ частью грыжевого мѣшка, какъ это дѣлается при грыжахъ слѣпой кишки. (Въ дальѣйшемъ черезъ 3 мѣсяца на мѣстѣ операціи появился рецидивъ). Въ четырехъ случаяхъ въ мѣшкахъ были яички; мѣшокъ въ этихъ случаяхъ пересѣкался пополамъ, и нижняя часть служила для закрытія сѣменной железы. Въ одномъ случаѣ грыжи безъ содержимаго, мѣшокъ оказался окруженнымъ большимъ количествомъ жира, симулировавшего очень большую грыжу; послѣ перевязки кѣгутомъ жировая ткань была удалена, и паховой каналъ зашитъ по *Bassini*. Исходы операцій: въ 35-ти случаяхъ первичное натяженіе; нагноеніе — въ девяти случаяхъ; кромѣ того у одного изъ нихъ была послѣ операціи (подъ кожаномъ) инфлюенца, а у двоихъ — послѣоперационное воспаленіе легкихъ; послѣ эфира и послѣ смѣшаннаго наркоза. Въ двухъ случаяхъ нагноеніе вполне прекратилось въ клиникѣ и больные выписались съ хорошимъ рубцомъ, а въ семи — съ небольшими грануляціонными поверхностями. Изъ этихъ послѣднихъ одинъ больной черезъ 3 мѣсяца послѣ операціи былъ принятъ въ Старо-Екатерининскую б-цу съ опухолью въ правой половинѣ живота. При операціи оказалось, что имѣлось нагноеніе въ салынкѣ вокругъ шелковой лигатуры.

#### V. Смѣшанные случаи. 3 мужчины и 1 женщина.

Смѣшанныхъ случаевъ существованія грыжи одновременно съ другой грыжей или съ какимъ-либо заболѣваніемъ было всего четыре: въ одномъ случаѣ у мужчины была двусторонняя паховая и двѣ грыжи бѣлой линіи. Во всѣхъ четырехъ грыжахъ при операціи не было найдено мѣшка: чрезъ отверстіе въ стѣнкѣ живота выступали предбрюшинныя липомы. Оперированъ съ мѣстной анестезіей. Въ одной изъ ранъ было нагноеніе, остальные зажили *per primam*. Въ другомъ случаѣ у мужчины было одновременное существованіе двусторонней паховой грыжи и пупочной, оперированъ подъ наркозомъ; обѣ паховыя зашиты по принципу *Roux*, а при зашиваніи пупочнаго кольца послѣднее было зашито сначала въ продольномъ, а затѣмъ въ вертикальномъ направленіи, на кожу кѣгутъ — получилось первичное натяженіе. Въ третьемъ случаѣ было одновременное существованіе лѣвой паховой грыжи у мужчины съ *elephantiasis scroti*; онъ былъ оперированъ подъ хлороформомъ по *Bassini*; мѣшокъ былъ пустъ, пораженная кожа также была удалена, въ дальѣйшемъ теченіи осложненийъ не было\*). Въ четвертомъ случаѣ, у женщины подъ хлороформомъ изъ овальнаго разрѣза зашита пупочная грыжа и грыжа бѣлой линіи; на четырнадцатый день послѣ операціи послѣ незначит. повышенія  $t^{\circ}$  рана была раскрыта, изъ нея выдѣлилось много гноя, въ которомъ оказалась чистая культура кишечной палочки. Больная выписалась на пути къ выздоровленію.

\*) См. описаніе мочеполовыхъ заболѣваній, стр. 202.



### *VI. Межмышечная грыжа. 1 женщина.*

Больная В. Д., 32 лѣтъ, была оперирована въ нашей клиникѣ въ маѣ мѣсяцѣ по поводу правой паховой грыжи, операція была подъ кокаиномъ и окончилась вполне благополучно. Черезъ три мѣсяца больная замѣтила опухоль въ правой сторонѣ живота калъца на три выше верхняго конца рубца послѣ первой операціи; паховой каналъ при осмотрѣ оказался вполне заросшимъ. При операціи (кокаинъ) послѣ разрѣза апоневроза вполне хорошо развитого и безъ видимыхъ отверстій, оказалось, что расхождение было въ мышечномъ слои; чрезъ отверстие происходило выпячиваніе брюшины. Мышцы были сшиты шелкомъ, изъ апоневроза образована дубликатура, на кожу кѣгутъ. Prima. Оперированная выписалась здоровой.

### *VII. Послѣоперационныя грыжи. 2 женщины.*

Больная Х. Л., 43 лѣтъ, отмѣчала, что у нея 7 лѣтъ назадъ послѣ родовъ появилась грыжа въ лѣвомъ паху, повидимому бедренная. Послѣдняя ущемилась въ 1905 году въ августѣ мѣсяцѣ. Больной была сдѣлана въ провинціи операція, при чемъ для широкой тампонады была перерѣзана пупартова связка. На мѣстѣ операціи образовался каловый свищъ, который зажилъ черезъ три недѣли послѣ возникновенія, и больная выписалась съ вполне зажившимъ рубцомъ. Вскорѣ однако образовалось выпячиваніе на мѣстѣ операціи. Образовавшаяся грыжа и привела больную въ клинику.

При осмотрѣ можно было убѣдиться, что изъ лѣваго паха спускалась до половины лѣваго бедра опухоль величиною съ голову взрослого человѣка. На кожѣ опухоли имѣлся растянутый рубецъ съ пигментаціей, опухоль при перкуссіи давала тимпанитъ и вполне легко вправлялась въ полость живота. Отверстіе, черезъ которое вправлялась опухоль свободно пропускало кисть руки; при этомъ можно было удостовѣриться въ отсутствіи натянутой пупартовой связки; можно было ощупать бедренные сосуды, аорту, нижній сегментъ лѣвой почки, нормально подвижную матку, лѣвый яичникъ и нижній полюсъ селезенки. Подъ эфиромъ (1 ч. 10 м.) круговымъ эллиптическимъ разрѣзомъ была удалена избыточная кожа, тотчасъ же за нею лежала брюшина, съ которой былъ сращенъ сальникъ и тонкая кишка; сращения были раздѣлены, кишка и сальникъ опущены въ полость брюшины. Затѣмъ удалось зашить какъ мышцы, такъ и пупартову связку; на кожу кѣгутъ. Для уменьшенія напряженія стѣнокъ живота больная была уложена въ постель съ сильно согнутыми нижними конечностями. Послѣоперационный періодъ прошелъ вполне благополучно, и оперированная выписалась черезъ мѣсяцъ съ хорошо зажившей раной.

Въ другомъ случаѣ грыжа развилась на мѣстѣ рубца послѣ удаленія яичника и достигла величины съ яблоко. Операція была подъ хлороформомъ; въ мѣшкѣ оказался приросшій сальникъ. Брюшина зашита кѣгутомъ, а апоневрозъ зашитъ въ поперечномъ и продольномъ направленіи; на кожу кѣгутъ и коллодійная повязка; первичное натяженіе.

### *Ущемленные грыжи. 6 мужчинъ, 3 женщины.*

Если ущемленіе происходило въ день поступленія и не было попытокъ вправленія, больному дѣлали теплую ванну, укладывали въ постель съ приподнятымъ тазомъ и клали ледъ на мѣсто ущемленія. Если не происходило самостоятельнаго вправленія, больному производили операцію, попытки же насильственнаго вправленія не примѣнялись.

1. У больного 20 лѣтъ М. П. правая паховая грыжа существовала 8 лѣтъ, ущемилась наканунѣ поступленія. Операція подъ мѣстной анестезіей. Содержимымъ оказалась петля тонкой кишки и немного серозной жидкости, послѣ вскрытія грыжевого кольца кишечная петля приняла нормальный видъ и была вправлена, зашиваніе по Roux. Выписался здоровымъ на 22-й день.

2. А. Ф., 20-ти лѣтъ, студентъ; въ день поступленія ущемилась бывшая у него правая паховая грыжа, больной былъ принятъ въ клинику, гдѣ у него послѣ ванны и

мѣстнаго примѣненія льда грыжа самостоятельно вправилась, послѣ чего больной на другой день выписался, не желая подвергаться операціи.

3. Больной 61-го г., И. Т., поступилъ на шестые сутки послѣ начала ущемленія правой паховой грыжи. Явленій перитонита нѣтъ; мѣстно же покраснѣніе кожи, тимпанитъ и зыбленіе. Операція подѣ наркозомъ; изъ мѣшка вылилась серозная жидкость; ущемленная петля тонкой блестяща; вправлена, въ рану была введена марля, зашиваніе по *Bassini*, выписался здоровымъ черезъ 44 дня.

4. Больной 67-ми лѣтъ, Н. А., сторожъ, страдалъ правой паховой грыжей 11 лѣтъ; 1 мѣсяцъ назадъ грыжа перестала вправляться, и 5 дней назадъ въ области грыжи появилась сильная боль; кожа ея покраснѣла. Операція при спинномозговой анестезіи тропокаиномъ. Въ верхнемъ углу раны пришлось впрыснуть кокаинъ, такъ какъ тамъ не было полной анестезіи. Изъ утолщенного мѣшка выдѣлилось немного серозной жидкости; мѣшокъ былъ резецированъ, и въ полость брюшины была вправлена ущемленная петля тонкой кишки; въ рану при зашиваніи по *Bassini* была введена марля; оперированный выписался съ небольшою грануляціонною поверхностью на 26-й день.

5. У больного 64-хъ лѣтъ, А. С., сдѣлалось трое сутокъ назадъ ущемленіе уже давно существовавшей паховой грыжи, были попытки вправленія. При поступленіи кожа темнобагрового цвѣта, тимпанитъ, сильная боль и зыбленіе. Тотчасъ же подѣ кокаиномъ операція, въ мѣшкѣ — зловонная жидкость и омертвѣвшая петля тонкой кишки. Резекція на протяженіи 20-ти см. Рана была затампонирована. Больной черезъ двое сутокъ скончался при явленіяхъ упадка дѣятельности сердца. При аутопсіи былъ найденъ начинавшійся перитонитъ: мѣсто анастомоза и сосѣднія части кишки были покрыты фибринозно-гнойнными отложеніями; швы держались хорошо. Въ сердцѣ — паренхиматозный міокардитъ. Въ обоихъ легкихъ старый туберкулезный процессъ.

6. Больной Ө. С., 28-ми лѣтъ, дворникъ, почувствовалъ 5 дней назадъ боль въ области лѣвой паховой грыжи, бывшей у него уже 20 лѣтъ; грыжа при этомъ перестала вправляться, постепенно развилась непроходимость кишечника. Операція подѣ эфиромъ, въ мѣшкѣ была тонкая кишка и кровянистое содержимое; зашиваніе наглухо по *Bassini*. Въ дальнѣйшемъ на 10-й день оказалось нагноеніе въ глубокомъ швѣ; рана была открыта, и больной выписался послѣ отхожденія одного шва съ небольшою грануляціонною поверхностью на 30-й день.

7. Больная М. М., 65-ти лѣтъ, портниха, 2 года имѣла въ правомъ паху опухоль величиною съ грецкій орѣхъ, всегда легко вправлявшуюся; около недѣли назадъ постепенно появились признаки ущемленія грыжи. Больная была доставлена въ клинику очень слабой. Операція подѣ кокаиномъ. Въ мѣшкѣ кровянисто-гнойная жидкость съ запахомъ и омертвѣвшая петля тонкой кишки; послѣдняя была вскрыта; тампонація. Больная скончалась въ первые сутки. При вскрытіи было найдено омертвѣніе тонкой кишки и начинающійся перитонитъ, ожирѣніе сердца, атероматозъ сосудовъ и паренхиматозный нефритъ.

8. Больная А. Ж., 46-ти лѣтъ, страдала пупочной грыжей 5 лѣтъ, по поводу которой она и легла въ клинику, гдѣ у ней произошло ущемленіе. Тотчасъ же было сдѣлано подѣ кокаиномъ грыжесѣченіе, петля вправлена, апоневрозъ сшить поперечно, а кожа и мышцы продольно; въ рану введена марля; полное заживленіе вторичнымъ натяженіемъ; выписалась на 26-й день.

9. Больная, С. П., 49-ти лѣтъ, была привезена вечеромъ изъ Псковской губерніи по поводу ущемленія пупочной грыжи, появившейся впервые 25 лѣтъ назадъ и ущемившейся наканунѣ; дома были попытки вправленія. Тотчасъ же подѣ хлороформомъ было сдѣлано грыжесѣченіе, въ мѣшкѣ оказался приросшій сальникъ и петля тонкой кишки. Сальникъ былъ резецированъ, а кишка вправлена, такъ какъ представлялась вполне жизнеспособной. На брюшину и кожу былъ положенъ кѣгутъ, а на мышцы и апоневрозъ продольно шелкъ; марли не было вставлено. Послѣ операціи на 12-е сутки больную самостоятельно прослабило, <sup>10</sup> не повышалась; на 12-я сутки <sup>10</sup> повысилась и на другой день при первой перевязкѣ послѣ операціи оказалось, что изъ нѣкоторыхъ кожныхъ швовъ

есть отдѣляемое съ каловымъ запахомъ; рана была расширена и введена марля. Въ дальнейшемъ наблюдалось образованіе каловаго свища, съ которымъ больная и выписалась черезъ три мѣсяца.

#### IV6. Аппендицитъ.

Случаевъ воспаленія червеобразнаго отростка наблюдалось 31: мужчинъ 18, женщинъ 14. Возрастъ больныхъ колебался отъ 15-ти до 45-ти лѣтъ; наибольшее число заболѣваній падаетъ на возрастъ отъ 20-ти до 30-ти лѣтъ.

Операция удаленія червеобразнаго отростка произведена была въ 26-хъ случаяхъ; въ 1-мъ — операция была произведена экстренно по поводу перитонита, источникомъ для котораго быть *appendicitis perforativa*; случай окончился летально. Въ 4-хъ случаяхъ операция не была произведена, изъ нихъ въ 2-хъ — вслѣдствіе отказа больныхъ отъ операціи, въ 1-мъ вслѣдствіе имѣвшагося налицо верхушечнаго процесса (легочной бугорчатки); въ одномъ — б-ной поступить во время перваго легкаго приступа, окончившагося выздоровленіемъ; больному рекомендовали оперативное лѣченіе въ случаѣ рецидива болѣзни.

Показаніями къ операціи были мѣстные явленія въ области червеобразнаго отростка и анамнестич. данныя, указывавшія на повторяемость приступовъ; число приступовъ у разныхъ больныхъ колебалось отъ 2-хъ до 14-ти. Одна больная страдала приступами аппендицита; втеченіе 11-ти лѣтъ. Мѣстные явленія распадались слѣд. образомъ: въ 12-ти случаяхъ наблюдалась исключительно въ точкѣ Mac-Burney болѣзненность при давленіи; въ 10-ти случаяхъ кромѣ болѣзненности прощупывался и инфильтратъ въ области слѣпой кишки; въ 4-хъ случаяхъ мѣстныхъ явленій не наблюдалось <sup>1)</sup>).

Операция произведена при мѣстной анестезіи: въ 14-ти случаяхъ, подъ общимъ — въ 13-ти случаяхъ, изъ нихъ въ одномъ случаѣ былъ эфиръ, въ остальныхъ хлороформъ.

Способъ операціи: разрѣзъ кожи косвенно (по Roux), отступя на 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—2 пальца отъ *spina oss. il. anter. super.* Длина разрѣза сантим. 6; разрѣзъ иногда увеличивался до 10-ти въ случаѣ надобности. Мышцы разрѣзались обычно въ томъ же направленіи, что и кожа, но на меньшемъ протяженіи; иногда, въ рѣдкихъ случаяхъ, мышцы раздѣлялись тупымъ путемъ. Брюшина вскрывалась первоначально на протяженіи 3-хъ сант., разрѣзъ брюшины увеличивался въ случаѣ надобности. По вскрытіи брюшины въ рану вытягивалась слѣпая кишка, затѣмъ отыскивался отростокъ. По выдѣленіи отростка, его брыжжейки и спаекъ, если онѣ были, на серозную оболочку отростка у основанія накладывался кисетный шовъ послѣ предварительнаго циркулярн. надрѣза ея; отростокъ у основанія зажимался между 2 пенсами и перерѣзывался между ними, кисетный шовъ затягивался, при чемъ культя

<sup>1)</sup> Операция производилась по большей части *à froid*.

отростка вворачивалась внутрь. На брюшину кишки накладывались еще швы (один-два этажа). Прижиганіе культи термокаутеромъ произведено было только въ одномъ случаѣ. Перевязка брыжжейки, снаекъ, кровоточащихъ сосудовъ производилась кѣтгутовыми нитями.

Въ 14-ти случаяхъ брюшина, мышцы, апоневрозъ и кожа были зашиты кѣтгутовыми швами, въ 3-хъ случаяхъ на мышцы — шелков. швы, на остальн. слои — кѣтгутовые швы, и въ 10-ти случаяхъ на брюшину, мышцы, апоневрозъ были наложены шелковые швы, на кожу — кѣтгутовые. Повязка, если не вводилась турунда, обычно легкая коллодійная.

Рана была зашита наглухо въ 22-хъ случаяхъ, изъ нихъ въ 19-ти — рана зажила первичнымъ натяженіемъ, въ 3-хъ — вторичнымъ. Въ 5-ти случаяхъ вставлена турунда; на большемъ протяженіи рана и здѣсь зашивалась наглухо и заживала первичнымъ натяженіемъ. Турунда въ этихъ случаяхъ мѣнялась втеченіе двухъ недѣль, затѣмъ рана, гдѣ вставлялась турунда, заживала вторичнымъ натяженіемъ къ концу 5-й недѣли. Поводы, по которымъ вставлялись турунды, слѣдующ.: въ одномъ случаѣ не удалось сразу закрыть культю; въ другомъ — при выдѣленіи отростка оторвалась верхушка, и въ трехъ случаяхъ обнаружены мѣстныя воспалительныя явленія съ присутствіемъ гноя. Въ результатѣ получилось, что эти (5) больные провели лишніе 1-2 недѣли въ клиникѣ, сравнительно съ тѣми, у которыхъ рана была зашита наглухо; выписались съ зажившимъ рубцомъ.

Послѣоперационный періодъ: до 15-го дня больной лежитъ въ постели на спинѣ, на 16-й день при благопріятномъ теченіи разрешается сидѣть, на 17-й — вставать съ постели, на 18-й — ходить, на 21-й — выписка.

Повязка мѣняется на 11-12-й день, кѣтгутовые швы къ этому времени разсасываются. Вторая повязка также легкая (2 полоски марли) коллодійная; эта повязка остается до выхода больного изъ клиники. На 3-5-й день клизма, на 6-7-й — приемъ слабительнаго, обычно *ol. ricini*; въ дальнѣйшемъ регулярность стула поддерживается клизмами. Діета жидкая въ первые 4-5 дней; затѣмъ манная каша, котлета, сухари, хлѣбъ; на 9-10-й обычная легкая больничная порція. Веденіе послѣоперацион. періода всегда сообразуется съ индивидуальностью и больного, и болѣзненного процесса.

Бактеріологич. изслѣдованіе содержимаго червеобразнаго отростка было сдѣлано въ 18-ти случаяхъ; были найдены: чистая культура *bacter. coli commun.* въ 11-ти случаяхъ, стафилококка — въ 1-мъ случаѣ, стрептококка — въ 1-мъ; смѣшан. колонія *bact. coli commun.* и стафилококкъ — въ 3-хъ, смѣшан. колон. *bacter. coli com.* и стрептококка — въ 1-мъ случаѣ; кромѣ того, въ одномъ случаѣ бактеріолог. изслѣдованіе содержимаго отростка показало стерильность его.

Бактеріологич. изслѣдованіе отдѣляемаго при послѣоперацион. нагноеніи раны произведено было въ 3-хъ случаяхъ; въ 2-хъ слу-

чаяхъ *bacter. coli commun.*, въ одномъ стрептококкѣ; въ случаяхъ, гдѣ найдена культур. *bacter. coli commun.* въ отдѣляемомъ раны, констатиров. присутств. того же микроорганизма въ содержимомъ отростка. Случай стрептококков. нагноенія въ связи съ содержимымъ отростка поставить не удастся вслѣдств. отсутств. бактериологич. изслѣдованія отростка.

Отмѣтимъ также, что въ клиникѣ наблюдалось послѣоперацион. нагноеніе въ брюшин. стѣнкѣ живота надъ апоневрозомъ, при чемъ гнойное отдѣл. было въ больш. количествѣ, зловонно, послѣвъ изъ отдѣл. давало присутствіе культуры *bact. coli commun.* Нагноенія эти протекали безъ лихорадки, безъ боли, открывались при снятіи повязки; раны быстро заживали, иногда возможно было наложить вторичн. швы. Случаи эти наблюдались у женщинъ (4) съ жирными брюшными стѣнками.

Исторіи б-ни.

1. К. К. 22-хъ лѣтъ, дѣвица. Случай *стрептококкового* нагноенія послѣ операци.

Поступила послѣ 4-хъ приступовъ *appendicitis*. Мѣстно — болѣзненность въ точкѣ Мас-Вигнеу и небольшой инфильтратъ въ области слѣпой кишки. Операция съ мѣстной анестезіей. Отростокъ свободно лежитъ на короткой брыжжейкѣ; были раздѣлены небольшія сращенія. На брюшину, мышцы, апоневрозъ были наложены шелковые швы, на кожу — кѣтгутовые; коллодійная повязка. На 4-й день приступъ болѣе, какъ при типичномъ припадкѣ аппендицита, были сняты 3 кожныхъ шва и 1 съ апоневроза, изъ глубины выдѣлилось нѣсколько капель гноя; введена турунда. Первые 3 недѣли послѣ операци выдѣленіе изъ раны гноя, при незначительномъ подъемѣ  $t^0$  по вечерамъ — до 37,8. Вслѣдствіе боли въ поясничной области и инфильтрата, на 24-й день было сдѣлано противоотверстіе въ поясничной области съ разсѣченіемъ мышц. Насквозь былъ введенъ дренажъ. Первые 4 дня послѣ этой операци держалась высокая  $t^0$ , затѣмъ она пала. Повязка мѣнялась черезъ день, обильно промокала. Черезъ мѣсяць дренажъ вынуть. Въ свищи вставлялась турунда. Гнойнаго отдѣляемаго не было. Больная выписалась съ незажившими неглубокими свищами безъ отдѣляемаго, въ хорошемъ общемъ состояніи.

2. Т. А. М. 36-ти лѣтъ, замужняя. Случай послѣоперационнаго нагноенія *bacter. coli com.* Поступила въ терапевтическое отдѣленіе И. Е. б-цы при явленіяхъ остраго аппендицита.

Всего приступовъ было 4 за 7 лѣтъ. Операция произведена спустя значительное время послѣ паденія  $t^0$ ; мѣстно только легкая чувствительность при глубокомъ надавливаніи въ точкѣ Мас-Вигнеу. Операция съ мѣстной анестезіей. Очень жирная брюшная стѣнка. Много жировой ткани предъ брюшиной.

Отростокъ очень длинный, съ булавовиднымъ утолщеніемъ на концѣ. Изъ клиники больная выписалась съ зажившей первичнымъ натяженіемъ раной. Въ послѣоперационномъ періодѣ отмѣчается на 11-й день *colica hepatica*: боли въ области печени, одышка, желтушная окраска склеръ и кожныхъ покрововъ; въ мочѣ желчные пигменты. При выходѣ оставалась только желтушная окраска склеръ. Дома приблизительно въ концѣ 5-й недѣли послѣ операци образовался гнойникъ почти на всѣмъ протяженіи раны, гнойникъ былъ раскрытъ, выдѣлилось большое количество гноя и отдѣлем., данн. культ. *bacter. coli commun.* Тогда же повторились приступы *colicae hepaticae* и больная опять пролежала въ клиникѣ около 2-хъ недѣль; выписалась съ хорошо зажившимъ рубцомъ.

3. Больная М. О. Б. 23-хъ лѣтъ, замужняя. Случай нагноенія *bacter. coli com.* представляетъ особенный интересъ. Въ первый разъ поступила съ 28 іюля по 11 августа 1906 г. при явленіяхъ остраго *appendicitis*, который закончился выздоровленіемъ черезъ

2 недѣли. Въ клиникѣ была діагносц. аритмія сердца, аритмія пульса, пульсъ выпадаетъ на 3-4 ударѣ. Сердце увеличено внизъ на палецъ. Больная поступила вторично черезъ 1½ мѣсяца, съ 14 сентября по 14 ноября 1906 г. для удаленія червеобразнаго отростка. Въслѣдствіе аритміи сердца операція была начата при мѣстной анестезіи, продолжена и окончена подъ хлороформнымъ наркозомъ. По разрѣзѣ стѣнки живота обнаружены сращенія соесі съ задней стѣнкой живота, очень плотныя.

Соесим вывести въ рану не удалось. Начало appendix'a обнаружено сзади. Весь червеобразный отростокъ лежитъ кзади, между соесим и задней стѣнкой живота.

По выдѣленіи отростка отъ брыжжейки и сращеній, отростокъ оказался очень плотнымъ и длиннымъ. Втеченіе первыхъ 2-хъ недѣль послѣ операціи отмѣчалось иногда по вечерамъ повышение  $t^0$  до 37,5. На 15-й день снята коллодійная повязка: изъ-подъ повязки гнойное отдѣляемое въ большемъ количествѣ, съ запахомъ. Вся рана раскрыта, выполнена полосками марли. Черезъ недѣлю — отдѣляемаго изъ раны нѣтъ. Наложены были швы вторично, на 23-й день — посрединѣ; на 27-й день наложенъ шовъ не периферическія части раны. Больная вышла съ зажившей раной.

Спустя два мѣсяца, больная поступила въ клинику по поводу опухоли въ правой половинѣ живота. Опухоль эта замѣчена спустя 6 недѣль послѣ операціи, величиной съ куриное яйцо, прощупывалась въ области желчнаго пузыря, постепенно увеличивалась, спускалась внизъ; отмѣчалась при этомъ желтушная окраска склеръ. Діагнозъ: водянка желчнаго пузыря (?).

При поступленіи справа отъ пупка опухоль плотной консистенціи, болѣзненная, съ голову новорожденнаго, флюктуациі нѣтъ, опухоль неподвижна, при дыханіи не смѣщается; при перкуссіи тупой звукъ съ печени прямо переходитъ въ тупой звукъ опухоли. Операція подъ хлороформнымъ наркозомъ: разрѣзъ кожныхъ покрововъ по Кергу. Желчный пузырь оказался нормальнымъ. Соотвѣтственно положенію опухоли оказался инфильтратъ, въ которомъ нельзя было различить мышцы, брюшину и переднюю стѣнку восходящей толстой кишки. Въ инфильтратѣ находились отдѣльные гнойники, которые и были вскрыты, изъ нихъ выдѣлилось около 2 столовыхъ ложекъ гноя, при вскрытіи такого гнойника была вскрыта случайно толстая кишка (ascendens): стѣнка ея была впаяна въ инфильтратъ и обезразличена. Въ рану заложены тампоны, повязка. Послѣоперационное теченіе раны дало каловый свищъ, который постепенно закрывался и къ концу 4-го мѣсяца послѣ операціи закрылся совершенно.

Больная выписалась съ гранулирующей поверхностью раны, зажившей мѣсяцъ спустя рубцомъ при амбулаторномъ лѣченіи. Въ настоящее время здорова. Грыжи нѣтъ.

4. Агафья М., 33 лѣтъ. Peritonitis, поступила въ клинику (14 апрѣля — 8 июня) по поводу сильныхъ болей въ животѣ, каловой рвоты, запора. За недѣлю до поступленія боли въ правой половинѣ живота; запоръ 3 сутокъ; каловая рвота; повышенная  $t^0$ . Нѣсколько лѣтъ передъ этимъ страдала желудочно-кишечными заболѣваніями. Больная очень истощена. Животъ вздутъ и болѣзненъ, при перкуссіи живота получается тимпанический звукъ; лихорадка; пульсъ 112. Въ день поступленія въ виду сильно выраженной общей слабости немедленно операція. Разрѣзъ по бѣлой линіи и по вскрытіи брюшины кишки оказались склеенными фибринозными спайками, гной въ sinus mesentericus dexter и canalis lateralis, а также въ маломъ тазу. Отростокъ оказался омертвѣвшимъ. Слѣва отъ брыжжейки рѣзко выраженныя воспалительныя явленія безъ гноя. Слѣвано противоотверетіе въ области отростка въ наиболѣе отлогой части правой половины живота. Вся полость тампонирована.  $T^0$  пала. Ежедневныя повязки обильно промокали большимъ количествомъ вонючаго гноя. Больная стала чувствовать себя нѣсколько лучше. Черезъ мѣсяцъ послѣ операціи образовался каловый свищъ въ надлобковой области на периферическомъ отрѣзкѣ раны по бѣлой линіи. Рана въ правой сторонѣ живота черезъ 1½ мѣсяца закрылась. Питаніе больной быстро падало; больная худѣла, теряла вѣсъ. Ежедневно 2 перевязки, такъ какъ повязка обильно промокала кишечнымъ содержимымъ. Каловый свищъ оставался до смерти больной, послѣдовавшей при полномъ упадкѣ сердечной дѣятельности.

Діагнозъ клинический: Peritonitis perforativa ex appendicit. Протоколъ вскрытія: Peritonitis chronica adhaesiva et partim purulenta saccata (осумкованный гнойникъ въ правой

подвздошной ямѣ и около селезенки). Thyphlitis chronica. Perityphlitis chronica adhaesiva. Caverna tubercul. apicis dextr. pulmon. Bronchopneumonia tuberculosa subacuta lobi inferior. pulmonis dextr. Tuberculosis apicis pulmon sinistr. Degeneratio parenchymatosa myocardi. Hyperplasia pulpaе lienis. Hepar moschatum adipos. Degeneratio parenchymatos. renum. Cystis ovar. sinistr. serosa. Errosiones orificii uteri. Inanitio summa.

#### IV. Конечности (99 случ.). Муж. 67, женщ. 32.

##### 1. Травматическія поврежденія.

Больныхъ съ нарушеніемъ цѣлости костей было 25. Въ это число входятъ какъ простые, неосложненные переломы, такъ и осложненные, т.-е. оскольчатые, открытые, съ разможженіемъ тканей, а также случаи неправильнаго сращенія отломковъ и ложные суставы. Изъ общаго числа было 15 мужчинъ, 7 женщинъ и 3 дѣтей. Два случая приходится на переломъ ключицы, 3 на кости предплечья, 1 на шейку бедра, 9 на бедро и 10 на кости голени. По роду переломовъ — 13 простыхъ, 3 открытыхъ, 2 съ разможженіемъ тканей. По поводу неправильно сросшихся переломовъ и ложныхъ суставовъ находилось на излѣч. 7. Среднее количество дней, проведенныхъ больными въ клиникѣ съ переломомъ костей: при простыхъ переломахъ оно равно 30-ти днямъ, при осложненныхъ — 79-ти днямъ, а при ложныхъ суставахъ и неправильно сросшихся переломахъ, потребовавшихъ оперативнаго вмѣшательства — 105-ти днямъ.

Причиной перелома костей въ 14-ти случаяхъ было паденіе, въ 8-ми случаяхъ — попаданіе подъ вагонъ конно-железной дороги и въ машину на фабрикѣ и въ 3-хъ случаяхъ — огнестрѣльное раненіе (на войнѣ).

Во всѣхъ случаяхъ неосложненныхъ переломовъ поступали такъ: въ первые дни на конечность, если переломъ былъ на голени, клалась крахмальная или гипсовая повязка. Последняя распиливалась на створки, и больному съ первыхъ же дней примѣнялся массажъ и рекомендовалось пользоваться костылями. Въ случаяхъ перелома бедра примѣнялась шина *Брунса*. При переломахъ предплечья: крахмально-картонная повязка, остававшаяся безсмѣнной дней 10. Во всѣхъ случаяхъ простыхъ переломовъ сращеніе наступило правильное. Изъ осложнений при лѣченіи простыхъ переломовъ должно отмѣтить въ одномъ случаѣ на голени флегмону, не повліявшую на теченіе перелома.

Во всѣхъ осложненныхъ переломахъ проводилось лѣченіе консервативное, и только въ случаяхъ, въ которыхъ было разможженіе тканей, отрывъ части конечности, прибѣгали къ ампутаціи. Случаи, лѣченные консервативно, среди которыхъ были и тяжелые, протекали вполне удовлетворительно, и пострадавшие вышли изъ клиники здоровыми. Въ одномъ случаѣ — открытый переломъ бедра — вследствие частой смѣны шинной повязки получило сращеніе отломковъ бедра со смѣщеніемъ и укороченіе конечности на 3 сант. Что же касается 5-ти осложненныхъ переломовъ, въ которыхъ пришлось ампутировать, то одинъ



ребенокъ 3-хъ лѣтъ погибъ отъ потери крови и обширности поврежденій. У него были раздроблены обѣ нижнія конечности вагономъ конно-желѣзной дороги. Доставленъ былъ въ безсознательномъ состоянн; послѣ операціи и вливанія соляного раствора онъ пришелъ въ сознаніе; спустя 11 часовъ погибъ при явленіяхъ остраго малокровія.

Другой случай изъ числа осложненныхъ переломовъ, окончившійся благополучно для больного, заслуживаетъ вниманія по обширности поврежденій. Больной, будучи сильно пьянъ, попалъ подъ вагонъ конно-желѣзной дороги, колесами котораго ему раздробило кости правой голени; отломки костей торчали изъ ранъ, сильно кровоточащихъ. На головѣ 5 кровоточащихъ, проникающихъ до кости, ранъ. Отъ внутренняго угла праваго глаза черезъ кости носа, которыя раздроблены, рана шла къ лѣвой скуловой дугѣ. На лѣвой стои́ переломлены и висятъ на кожныхъ лоскутахъ фаланги пальцевъ. На тѣлѣ масса ссадинъ, кровооттековъ. Рѣзкое, острое малокровіе. Ампутація въ нижней трети праваго бедра. Выздоровленіе.

Всѣ 7 случаевъ несросшихся переломовъ лѣчились оперативно: операторъ доходилъ до перелома черезъ широкій разрѣзъ мягкихъ тканей, концы костей освобождались, освѣжались, и если ихъ не удавалось удержать въ должномъ соприкосновеніи безъ шва, накладывали шовъ серебряный или шелковый. Послѣ соединенія костей въ рану на нѣсколько дней вводилась турунда и накладывалась гипсовая повязка. Черезъ нѣсколько дней турунды удалялись. Во всѣхъ случаяхъ, за исключеніемъ одного, проведенныхъ такимъ образомъ, получились хорошіе результаты въ смыслѣ консолидаціи костей и положенія конечности. Больные до операціи не могли совершенно пользоваться конечностью, послѣ операціи получили возможность ею владѣть <sup>1)</sup>. Неполная консолидація получилась только въ одномъ случаѣ, не вошедшемъ въ статью *Б. А. Монастырева* (операція послѣ его сообщенія).

Всѣ случаи переломовъ изслѣдовались рентгеновскими лучами, которыми пользовались также для провѣрки правильности положенія отломковъ въ повязкѣ.

Больныхъ съ вывихомъ было 3 и 1 съ разрывомъ связочнаго аппарата голеностопнаго сустава. Всѣ 3 вывиха (бедро, локоть, ключица) были застарѣлые.

Рентгенографическій снимокъ въ первомъ случаѣ показалъ, что acetabulum sin. пуста и что головка бедра стои́тъ выше вертлужной впадины, упираясь въ подвздошную кость. Со дня вывиха прошло 2 мѣсяца.

4-го сентября подѣ СНСѣ попытка вправить вывихъ была безуспѣшна. Наложена крахмальная повязка съ грузомъ въ 6 фунтовъ.

12-го сентября подѣ СНСѣ вправление удалось. 1-го октября разрѣшено ходить, массажъ. 11 октября 1906 г. выбылъ здоровымъ.

Во 2-мъ случаѣ у мальчика 12-ти лѣтъ вывихъ предплечья получился такъ: упалъ съ лошади внизъ лицомъ и на руки. Вывихъ 3-хъ недѣльный. Рентгенограмма даетъ ясную картину вывиха праваго предплечья кзади.

23-го августа подѣ СНСѣ вывихъ вправленъ. Крахмальная повязка при положеніи конечности, согнутой въ локтѣ и предплечьи, приведенномъ въ положеніе среднее между пронаціей и супинаціей. 26-го августа повязка снята и въ дальнѣйшемъ лѣченіи, несмотря на неоднократное *brisement forcé* подѣ наркозомъ (5-6 разъ), конечность въ локтевомъ суставѣ мало подвижна: согнута подѣ прямымъ угломъ, объемъ движеній возможенъ въ предѣлахъ 5°.

Больныхъ съ различнаго рода раненіями было 12, изъ нихъ <sup>1)</sup> 5 больныхъ съ огнестрѣльными ранами плечевой кости (3) и бедра (2). Всѣ раненія протекли благополучно. Въ 3 случаяхъ огнестрѣльные раненія были нанесены посторонней рукой и т. случаи — раненіе нечаянное.

М. С., 35-ти лѣтъ, на охотѣ нечаянно разрядилъ ружье, и зарядъ дроби попалъ въ верхнюю треть лѣваго плеча. Рана около 2-хъ снт. длины, 1,5 снт. ширины соотвѣтственно головкѣ лѣвой плечевой кости на передней ея поверхности. Выходнаго отверстія нѣтъ.

<sup>1)</sup> Смотри статью *Б. А. Монастырева*.



На спинѣ у наружнаго края лопатки подъ кожей прощупывается зарядъ дроби. Плечевая кость раздроблена. Подъ СНСѣ два разрѣза по передней и задней поверхности плеча, удалены 2 пыжа, часть дробины, осколки раздробленной плечевой кости и ея головки. Плечо укоротилось на 1 1/4. Движенія активныя въ бывшемъ плечевомъ суставѣ ограничены.

Изъ числа остальныхъ 3 случая представляютъ обширныя раненія въ различныхъ частяхъ тѣла. Окончились благополучно. 1 случай обширнаго пораненія верхнихъ конечностей и шеи и 2 случая раненій, полученныхъ при паденіи, изъ которыхъ въ одномъ на мѣстѣ раненія (стопа) развилась флегмона.

## II. Воспалительныя заболѣванія.

Глубокихъ флегмонъ было 10.

Отдѣляемое почти во всѣхъ случаяхъ изслѣдовалось бактериологически и микроскопически. 9 случаевъ оперировались подъ наркозомъ (хлороформъ, эфиръ) и одинъ подъ мѣстнымъ обезболиваніемъ (кокаиномъ и Schleich'овскій растворъ). Во всѣхъ случаяхъ выздоровленіе. Изъ 10-ти случаевъ 2 случая падаютъ на мужчинъ, 6 на женщинъ и 2 на дѣтей. По мѣсту нахожденія гнойниковъ 3 приходится на верхнюю конечность, 7 на нижнюю. Изъ числа больныхъ, находившихся на излѣченіи съ болѣзнями суставовъ, въ 2-хъ случаяхъ было нетуберкулезное воспаление. (Диплококковый синовитъ и синовитъ невыясненнаго происхожденія.) Въ остальныхъ 9-ти случаяхъ было туберкулезное пораженіе локтевого сустава (1 сл.), тазобедрен. (1), коленного (7) и голеностопнаго (1). Возрастъ больныхъ съ туберкулезнымъ пораженіемъ отъ 12-ти до 30-ти лѣтъ. Изъ 7-ми случаевъ болѣзни коленного сустава въ двухъ была сдѣлана резекція въ виду полного анкилоза. Обѣ операции были произведены съ поперечнымъ разрѣзомъ. Костные швы не накладывались; въ полость на нѣсколько дней вводили турунды; гипсовая повязка на конечность. Оба случая протекали хорошо. Изъ 3-хъ случаевъ энфиземной бугорчатки коленного сустава въ одномъ была сдѣлана подъ СНСѣ операция вскрытія сустава съ удаленіемъ синовиальной оболочки, съ выскабливаніемъ острой ложкой пораженныхъ туберкулезомъ костныхъ гнѣздъ. На ligam. patellae ргорг. шелковый шовъ, на кожу катгутъ. Крахмальная повязка. Черезъ 3 мѣсяца больная ушла поправившейся. Боли при ходьбѣ не было, сгибаніе въ коленѣ совершается довольно хорошо.

3 случая туберкулезнаго пораженія костей коленного и голеностопнаго суставовъ; лѣчились по Bier'у застойной гипереміей.

При туберкулезномъ пораженіи локтевого сустава призмѣняли вприскиваніе іодоформ. эмульсін: 29-го іюля — 2,0; 8-го августа — 3,0; 24-го августа — 2,5. Результатъ получился хорошій, такъ какъ припухлость почти исчезла, боли прошли, движенія въ суставѣ возстановились. Случай тугоподвижности постѣ коксита — былъ проведенъ безъ оперативнаго вмѣшательства наложеніемъ постѣ brisement forcé повязки съ вытяженіемъ. Выбылъ съ улучшеніемъ.

2 случая холодныхъ нарывовъ, изъ которыхъ одинъ А. П. 45 л. окончился летально черезъ 5 сутокъ послѣ операціи. Операція вскрытія abscess'a была произведена подѣ мѣстной анестезіей 1-2% кокаина. Больной былъ принятъ въ клинику по поводу коксита и пораженія паховыхъ желѣзъ на той же сторонѣ. Пораженіе желѣзъ не поставлено было въ связь съ заболѣваніемъ сустава. На лицо были всѣ явленія остраго воспаленія: яркая краснота, боль, повышеніе  $t^0$ . При операціи выяснилась роковая для больного ошибка. Оказалось, что желѣзы, дѣйствительно увеличенныя, были приподняты изъ глубины натеchnымъ гнойникомъ, послѣ неизбежнаго вскрытія котораго  $t^0$  поднялась со знобомъ до  $39^0$ . Больной скончался на 5 сутки послѣ операціи. Вскрытіе показало: *caries tuberculosa capitis femoris sin. et acetabuli. Pericoxitis purulenta tuberculosa. Abscessus regionis ileopsoatis sin. Obliteratio pleurarum totalis. Emphysema pulmonum. Obesitas cordis et degeneratio parenchymatosa myocardii. Tumor lienis. Hepar moschatum. Degeneratio parenchym. hepatis et renum.*

2 случая синовита колѣна лѣчились оперативнымъ путемъ съ вскрытіемъ сустава и удаленіемъ пораженной синовиальной сумки въ 1 случаѣ. Выздоровленіе.

Больныхъ съ хронически протекавшимъ osteomyelit'омъ и necros'омъ костей было 7: 5 съ osteomyelit'омъ и 2 съ necros'омъ. 6-ти изъ нихъ была произведена операція подѣ хлороформомъ удаленія секвестровъ и вычищенія грануляцій. Всѣ случаи протекли хорошо, и больные выписались или съ вполне зажившими ранами, или съ оставшимися небольшими гранулирующими поверхностями. Въ одномъ случаѣ больной отказался отъ операціи. Во всѣхъ случаяхъ хроническаго osteomyelit'a для выясненія діагностики примѣнялась рентгенографія.

Перечислимъ случаи, которыхъ въ теченіе отчетнаго года было въ нашей клиникѣ по 1, по 2. Такъ къ этой категоріи должно отнести: случай воспаленія сухожильныхъ влагалищъ на ладони. Операція вскрытія опухоли съ удаленіемъ по возможности сумки. 2 случая рубцовыхъ стяженій, одинъ послѣ ожога, другой на мѣстѣ раненія. Въ обоихъ случаяхъ подѣ СНСл успешно произведена операція перенесенія кожныхъ лоскутовъ и пересадка по Thiersch'у на небольшіе оставшіеся участки.

Былъ 1 случай невралгіи сѣдалищнаго нерва, лѣченной подѣ СНСл некровымъ вытяженіемъ нерва. Боли въ первое время послѣ операціи были немного меньше, но съ теченіемъ времени боли снова возобновились въ прежней степени. Больная выбыла изъ клиники, отказавшись отъ предложенной ей кровавой операціи.

Гангренозныхъ пораженій на стопахъ было 5 случаевъ, всѣ у мужчинъ, при чемъ 3 случая были въ возрастѣ отъ 35-ти до 45-ти лѣтъ и 2 въ возрастѣ отъ 50-ти до 70-ти лѣтъ. Во всѣхъ случаяхъ былъ рѣзко выраженъ артеріосклерозъ. Въ 3-хъ случаяхъ была произведена ампутація голени въ верхней ея трети, въ одномъ ампутація бедра и въ одномъ вычлененіе большого пальца. Послѣдній случай былъ про-

изведенъ подъ мѣстной анестезіей, тогда какъ первые 4 подъ СНСІа. Ампутаціи голени производились всѣ съ манжеткой; на сосуды накладывался шелкъ или кѣтгутъ, на кожу только кѣтгутъ. Всѣ случаи кончились выздоровленіемъ.

Были произведены у 7 больныхъ операціи на венахъ, при чемъ 6 операцій у мужчинъ и 1 у женщины. Всѣ операціи произведены были по одному и тому же способу: изсѣченіе на извѣстномъ протяженіи участка пораженной вены съ перевязкой сосудовъ кѣтгутомъ. Кѣтгутъ примѣнялся и на кожу. Во всѣхъ случаяхъ послѣоперационное теченіе было благопріятно. У одного больного операція была произведена въ 2 приема на обѣихъ конечностяхъ. Въ 2-хъ случаяхъ операціи производились подъ мѣстной анестезіей.

Въ одномъ случаѣ было примѣнено у больной А. Б. 41 года спинно-мозговое обезбоживаніе; была произведена операція изсѣченія пораженной вены *saph. magn.* вмѣстѣ съ ея вѣтвями, начиная съ верхней трети бедра и кончая нижней третью голени. Боли или какихъ-либо непріятныхъ ощущеній во время операціи больная не испытывала.

Въ одномъ случаѣ, кромѣ варикознаго расширенія венъ на лѣвомъ бедрѣ, наблюдалось слоновое перерожденіе стопы и голени той же конечности.

У больного 54 лѣтъ послѣ того, какъ онъ во время работы сильно прозябъ и промокъ, опухла лѣвая нога, появилась боль, <sup>т<sup>0</sup></sup> была повышена. Черезъ 2 мѣсяца на ногѣ появилась сыпь, образовались затверденія, которыя стали нагнаиваться, изъязвляться. Стопа и голень распухли, уплотнѣли.

При осмотрѣ стопа и голень больной конечности увеличены въ объемѣ на 14 сант.; пальцы обезображены бородавчатыми разраженіями. На стопѣ язвы и бугры. На голени гладкіе, блестящіе рубцы. На бедрѣ узлы расширенной *v. saph. magnaе*. Ампутація по Critti и изсѣченіе на протяженіи 15 сант. *v. saph.* Выздоровленіе.

Наконецъ въ числѣ больныхъ было 4 съ язвами.

Лѣченіе консервативное. Выздоровленіе.

### III. Новообразованія.

Больныхъ съ опухолями доброкачественными и злокачественными было 10: — 3 доброкачественныхъ и 7 злокачественныхъ. Къ числу первыхъ относятся 2 липомы, одна на бедрѣ и другая на лопаткѣ и 1 нейрома, развившаяся въ операціонномъ рубцѣ. Всѣ 7 злокачественныхъ новообразованій были саркомы, изъ нихъ 3 были на бедрѣ, 2 на стопѣ, 1 на ручной фалангѣ и 1 на ягодницѣ и въ полости малого таза. Всѣ больные послѣ удаленія опухоли, за исключеніемъ одного, отказавшагося отъ операціи — саркома бедра, вышли изъ клиники здоровыми.

Изъ больныхъ, оперированныхъ по поводу злокачественнаго образованія заслуживаетъ вниманія по этиологіи случай заболѣванія „*Melano-sarcoma femoris*“.

Юнкеръ Н. А., 21-го года, поступилъ въ клинику по поводу нароста на правомъ бедрѣ.

*Anamnesis.* Въ августѣ 1906 г. во время столкновенія на Кавказѣ армянъ съ татарами получилъ въ правое бедро кинжальную рану. Большого кровотеченія не было. Рана медленно заживала. Въ сентябрѣ прибылъ въ Москву, гдѣ на мѣстѣ раненія замѣтилъ образованіе нароста, кровоточащаго, медленно растущаго, безболѣзненнаго.

*St. praes.* Общее состояніе удовлетворительно. Внутренніе органы въ порядкѣ. На наружной поверхности бедра, въ верхней его трети, находится опухоль, грибовидной формы,  $7 \times 7$  сант. въ поперечникахъ. Опухоль изъязвившаяся, мало кровоточивая, безболѣзненная, плотной консистенціи, темно-вишневаго цвѣта, сидитъ на широкомъ основаніи, кожа вокругъ воспалена. Съ фасціей бедра опухоль не спаяна и движется свободно. Железы въ паховой области справа увеличены, болѣзненны; 17 января 1907 г. подъ СНС<sup>1</sup> опухоль удалена съ апоневрозомъ. Разрѣзъ въ области железъ. Удалены всѣ железы въ паху, изъ нихъ 3 съ пигментаціей и 3 большихъ рядомъ съ *art. iliac. ext.* (*Laparotomia externa*) изъ нихъ одна съ пигментаціей. Исслѣдованіе на слѣдующій день мочи на меланинъ дало положительный результатъ; то же показало и микроскопическое изслѣдованіе опухоли. *Melanosarcoma*. Мѣсяцевъ черезъ 5 больной показался; рецидива не было.



На прилагаемомъ схематическомъ рисункѣ изображена мелан. саркома (слѣва) и железы: зачерненные были пигментированы, не зачерненные — гиперплазированы безъ пигментаціи. Наблюденіе имѣетъ почти значеніе чистаго эксперимента относительно распредѣленія лимфат. путей и железъ наружноверхней части бедра.

**Всего** за 1906—1907 академич. годъ больныхъ на излѣченіи было 348; умерло 17; операций было 270; изъ нихъ—умерло 14.

## Гинекологическое клиническое отделение.

Общее число больных . . . . . 59.

По возрасту эти больные распределяются следующимъ образомъ:

отъ 15 лѣтъ до 20 лѣтъ . . . . . 2 случ.

„ 20 „ „ 30 „ . . . . . 26 „

„ 30 „ „ 40 „ . . . . . 15 „

„ 40 „ „ 50 „ . . . . . 12 „

„ 50 „ „ 60 „ . . . . . 2 „

„ 60 „ „ 70 „ . . . . . 1 „

„ 70 „ „ 80 „ . . . . . 1 „

Большинство больныхъ приходится на возрастъ 20—40 л., соответствующій наибольшей функциональной дѣятельности женскихъ половыхъ органовъ.

По времени наступленія мѣсячныхъ больные распределяются слѣд. обр.:

до 13 лѣтъ . . . . . 1 случ.

отъ 13 до 15 лѣтъ . . . . . 36 „

на 16 году . . . . . 12 „

„ 17 „ . . . . . 5 „

„ 18 „ . . . . . 3 „

„ 19 „ . . . . . 2 „

По семейному положенію:

замужнихъ . . . . . 36

незамужнихъ . . . . . 12

вдовъ . . . . . 9

дѣвицъ . . . . . 2

Число родовъ и выкидышей:

дѣвицъ . . . . . 2

небеременѣвшихъ . . . . . 9

беременѣвшихъ, но нерожавшихъ . . . . . 8

рожавшихъ по одному разу . . . . . 10

„ повторно . . . . . 30

Въ виду того, что у больной, страдающей пораженіемъ одного изъ половыхъ органовъ, къ основному страданію присоединяются еще и другія, а нѣкоторыя заболѣванія, какъ напр. гоноррея, поражаютъ



разрывы 2-ой степени, безъ нарушенія цѣлости заднепроходнаго отверстия.

Материаломъ для швовъ служилъ исключительно шелкъ, снятіе швовъ на 7—8-ой день послѣ операціи; во всѣхъ случаяхъ заживленіе первичнымъ натяженіемъ.

Въ случаяхъ выпаденія влагалища изъ передней стѣнки вырѣзывался лоскутъ овальной формы соотвѣтственно величинѣ выпаденія; фигура освѣженія на задней стѣнкѣ по *Hegar*'у.

Всѣ случаи 1-го отдѣла второй группы кончились выздоровленіемъ.

## II. Полное удаленіе матки черезъ влагалище:

- a) Carcinoma cavi uteri et fibroma submucosum . . . . . 1 случ.
- b) Carcinoma colli uteri . . . . . 2 „

Методъ полного удаленія матки черезъ влагалище примѣняемый въ нашей клиникѣ слѣдующій: послѣ обычной дезинфекціи, острой ложечкой очищается вся пораженная ракомъ поверхность, затѣмъ это мѣсто прижигается аппаратомъ Расquelin'a; шейка захватывается пулевыми или щипцами *Doyen*'а и подтягивается къ выходу; помощью катетера опредѣляется мѣсто прикрѣпленія пузыря и непосредственно ниже этого мѣста дѣлается круговой разрѣзъ вокругъ влагалищной части; тупымъ способомъ отсекается пузырь, вскрывается *plica vesico-uterina*, которая захватывается *pinс*'омъ, вскрывается заднее Дугласово пространство, при чемъ брюшина захватывается *pinс*'омъ; перевязка *arter. uterina* съ обѣихъ сторонъ по возможности изолированно; захвативъ тѣло матки щипцами, выводятъ ее въ операционное поле черезъ передній сводъ, перевязка изолированно или *en masse* сосудовъ *ligamenti infundibulo pelvici*, а также отдѣльно круглыхъ связокъ. По удаленіи матки, вложивъ въ отверстіе раны іодоформенный тампонъ, накладываютъ по 2 шва съ каждой стороны, захвативъ въ швы брюшину спереди и сзади, а также оба свода.

Въ случаѣ: „ракъ полости матки“ у больной до поступленія въ нашу клинику было сдѣлано въ другомъ мѣстѣ 2 раза выскабливаніе; кровотеченіе не прекратилось; послѣ поступленія въ нашу клинику, добытыя путемъ выскабливанія кусочки подвержены были микроскопическому изслѣдованію, причемъ обнаружился ракъ полости матки; по удаленіи матки и вскрытіи ее съ правой стороны около отхожденія трубы оказался еще фиброзный узелъ.

Исходъ во всѣхъ 3-хъ случаяхъ благоприятный.

## III. Чревосѣченія.

- a) Ракъ тѣла матки и фаллопиевыхъ трубъ 1 случ.

Случай чрезвычайно трудный въ оперативномъ отношеніи: матка съ трудомъ была выдѣлена изъ сращеній, при чемъ сальникъ въ двухъ мѣстахъ былъ резецированъ; трубы представляли двѣ продолго-

ватая бугристая опухоль, идущая по направлению кзади и сросшаяся съ прямой кишкой, съ задней поверхностью матки и между собой. По выдѣленіи матки и придатковъ изъ сращеній была сдѣлана полная экстирпація матки и придатковъ, перевязавъ предварительно *ligamenta infundibulopelvetica*, *arter. uterin.* и артерій сводовъ: своды зашиты только отчасти, т.-ч. было оставлено небольшое отверстіе въ рукавъ, куда и былъ проведенъ марлевый тампонъ; вся рана въ маломъ тазу выполнена тампонъ-дренажемъ по Микулічу, концы котораго выведены въ нижній уголъ брюшной раны (при разрушеніи сращеній изъ одной трубы попало немного мозговидной кашицы на брюшину); брюшная рана тщательно очищена и зашита, за исключеніемъ нижняго угла, 3-хъ этажнымъ швомъ. Постъоперационное теченіе — вполне благопріятное,  $t^0$  не повышалась выше  $37,4^0$ ; черезъ 4 недѣли больная выписалась, свищъ началъ заживать, такъ что больная въ состояніи была приходить для перевязки до окончательнаго заживленія свища. Препараты, имѣющіи громаднѣйшій интересъ въ смыслѣ путей распространенія папилломатозныхъ разрастеній на слизистой оболочкѣ полости матки и трубъ переданы для подробнаго изслѣдованія въ патолого-анатомическій институтъ Московскаго университета.

b) Фиброміомы <sup>1)</sup>	. . . . .	7 случ.
Фибросаркома	. . . . .	1 „
изъ нихъ: интерстиціальныхъ	. . . . .	6 „
подбрюшинныхъ	. . . . .	2 „

Въ одномъ случаѣ фиброміомы матки величиной съ голову взрослого на консилиумѣ съ терапевтами рѣшено отсрочить операцію до улучшенія туберкулеза легкихъ, найденнаго у больной.

Въ шести случаяхъ сдѣлана надвлагалищная ампутація матки; въ одномъ, такъ какъ фиброма исходила изъ шейки матки, сдѣлана полная экстирпація матки. Исходъ во всѣхъ 7-ми случаяхъ — выздоровленіе.

Подробно случаи описаны выше, см. статью д-ра И. А. Воффа.

c) Sactosalpinx bilateral.	. . . . .	2 случ.
----------------------------	-----------	---------

Полное удаленіе придатковъ; въ одномъ случаѣ вложенъ тампонъ-дренажъ по Микулічу, выведенный въ нижній уголъ брюшной раны, въ другомъ брюшная полость зашита наглухо; оба случая кончились выздоровленіемъ. Одинъ случай болѣе подробно описанъ въ статьѣ д-ра В. Г. Дика.

d) Новообразованія яичниковъ <sup>2)</sup> :		
* Cystoma ovarii sinistr.	. . . . .	1 случ.
* „ „ „ dermoid.	. . . . .	1 „
Sarcoma ovarii sinistr.	. . . . .	1 „

<sup>1)</sup> 3 случая относятся къ хирургич. отдѣлу.

<sup>2)</sup> Случаи, обозначенные \* относятся къ хирургическ. клиникѣ.



Cystoma ovarii dextri . . . . .	1	„
* Cystomata ovariorum . . . . .	1	„
Papillomata ovariorum . . . . .	1	„

При операціи опухолей яичниковъ кромѣ общей перевязки ножки кисты, на отдѣльные сосуды ножки накладываются изолированно лигатуры и вся ножка обшивается брюшиной; межсвязочная кисты, по разсѣченіи брюшины ихъ покрывающей, по возможности вылучаются и ложе зашивается. Исходъ во всѣхъ случаяхъ — выздоровленіе, за исключеніемъ одного (кисты обонхъ яичниковъ); больная погибла на 5-ый день послѣ операціи, смерть послѣдовала, какъ указано въ протоколѣ вскрытія, вслѣдствіи страданія сердца: *obesitas cordis, degeneratio parenchymatosa myocardii, sclerosis intimaе aortae et arter. coronar.*

Въ случаѣ „саркома яичника“ черезъ нѣсколько мѣсяцевъ послѣ операціи — рецидивъ; при изслѣдованіи въ Дугласовомъ пространствѣ — плотная бугристая опухоль.

е) Вѣзматочная беременность.

Беременность въ правой трубѣ . . . . 4 случ.

„ „ лѣвой „ . . . . 2 „

Два случая беременности въ лѣвой трубѣ сопровождались кистами праваго яичника, удаленными при операціи; въ одномъ случаѣ беременность въ правой трубѣ сопровождалась *haematosalpinx*’омъ лѣвой трубы.

Повторное чревосѣченіе въ одномъ случаѣ правосторонней беременности; 2 года тому назадъ въ нашей клиникѣ было сдѣлано чревосѣченіе у этой же больной по поводу беременности въ лѣвой трубѣ.

Въ одномъ случаѣ нормальная беременность на 4-мъ мѣсяцѣ осложнилась беременностью въ правой трубѣ, больная выписалась послѣ операціи, совершенно оправившись, нормальная беременность не прерывалась. Всѣ случаи представляли разрывъ трубы, трубнаго выкидыша не было. Показаніями къ операціи служило не прекращавшееся внутреннее кровотеченіе при явленіяхъ, угрожающихъ жизни больной.

Исходъ во всѣхъ 6-ти случаяхъ — выздоровленіе.



14-го октября, въ 10<sup>1</sup>/<sub>2</sub> час. утра внезапно скончался на 73-мъ году своей жизни заслуженный ординарный профессоръ, директоръ Антропологической клиники, *Өедоръ Ивановичъ Синицынъ*.

Смерть постигла этого, преданнаго наукѣ и долгу, человѣка при особыхъ условіяхъ: онъ умеръ въ университетской церкви, во время обѣдни. Умеръ внезапно, за послѣднимъ земнымъ поклономъ Тому, имя Котораго всегда и во всѣхъ своихъ дѣяніяхъ онъ поминалъ неотступно, будучи въ высокой степени вѣрующимъ и богомольнымъ человѣкомъ, усердно посѣщавшимъ церковную службу. Умеръ при условіяхъ особо цѣнныхъ каждымъ вѣрующимъ христіаниномъ: безъ страданій, въ храмѣ Божіемъ, за службой; умеръ съ колѣно-преклоненіемъ.

Жизнь этого стойкаго въ своихъ убѣжденіяхъ ученаго, отзывчиваго къ нуждамъ ближнихъ человека, гуманнаго и не сребролюбиваго врача, полна примѣрами сильной воли, усидчиваго труда, и педагогично строгаго отношенія къ своимъ обязанностямъ.

О. П. Спичинъ, сынъ бѣднаго сельскаго священника, родился въ 1835 году, въ селѣ Верескуновѣ, Вышневолоцкаго уѣзда, Тверской губерніи. У отца его была большая семья; онъ не имѣлъ возможности дать сыну свѣтское образованіе и помѣстилъ его сначала въ духовное училище, а затѣмъ въ тверскую семинарію.

Несмотря на большую религіозность, которая проявилась у покойнаго еще съ самыхъ раннихъ лѣтъ, жажда знанія и призваніе къ медицинѣ заставили его по окончаніи семинарскаго образованія держать экзаменъ для поступленія въ московскій университетъ, куда онъ и былъ принятъ въ 1859 году на медицинскій факультетъ. Ограниченность матеріальныхъ средствъ, невозможность пользоваться помощью отца, на рукахъ котораго при скудности его заработка была большая семья, доставили не мало тяжелыхъ минутъ молодому студенту, которому нерѣдко по недѣлямъ приходилось питаться лишь чаемъ съ хлѣбомъ. Но эти мелкія, по его словамъ, невзгоды, не только не охладили въ немъ пыла знанія и рвенія къ наукѣ, но побудили его къ еще большей энергіи, дабы хорошими отмѣтками добиться казенной стипендіи. Черезъ годъ онъ, дѣйствительно, и получилъ ее и на эти деньги (25 р. въ мѣсяцъ) не только жилъ и учился самъ, но еще нанесть возможнымъ вынести въ Москву своего старшаго брата и, опредѣливъ его на юридическій факультетъ, содержать и его. Такъ скромны были его жизненные потребности съ самаго юношества; имъ онъ не измѣнилъ и впоследствии, быть экономенъ во всемъ, что касалось его личныхъ нуждъ: эта черта отразилась и на всей его дальнѣйшей дѣятельности, когда онъ, уже будучи директоромъ клиники съ рѣдкостной бережливостью относился къ расходованію казенныхъ денегъ — средствъ, отпускавшихся ему на клинику, часто вызывая тѣмъ самымъ нареканія со стороны своихъ ближайшихъ помощниковъ.

По окончаніи курса въ 1864 году, О. П., въ качествѣ казеннаго стипендіата, былъ назначенъ на военную службу, на которой пробылъ недолго. Пылкий умъ и жажда знаній снова привели его къ его alma mater — московскому университету. Сдавъ экзамены въ 1868 году на доктора медицины, онъ въ 1871 году защитилъ диссертацию на тему „О вліяніи шейнаго симпатическаго нерва на питаніе глаза“, и съ 8 мая 1873 года по 8 мая 1875 года былъ оставленъ при университетѣ, гдѣ занимался подъ руководствомъ покойныхъ профессоровъ *Басова* и *Матюшекова*, изучая хирургию и знакомясь съ мочеполовыми болѣзнями. Въ тоже время, заинтересовавшись глазными болѣзнями, онъ изучалъ съ большимъ усердіемъ и этотъ отдѣлъ медицины. Впоследствии въ лѣтнее время, у себя въ имѣніи, О. П. счи-

тался лучшимъ специалистомъ на весь уѣздъ по глазнымъ болѣзнямъ; къ нему за совѣтомъ стекались окрестные крестьяне и помещики, больные глазами и здѣсь ему приходилось не мало дѣлать глазныхъ операцій.

Въ 1875 году О. Н. былъ отправленъ отъ Министерства за границу для подготовленія къ профессорскому званію по предметамъ хирургіи и офталміатріи, гдѣ и пробылъ до 1877 года.

Занимаясь хирургіей и живя въ Германіи, онъ посѣщаетъ клиники, но особенно охотно работалъ у проф. *Ditelf*я, автора знаменитой книги о суженіяхъ мочеиспускательнаго канала, и подъ конецъ своей командировки всецѣло увлекся отдѣломъ мочеполовыхъ болѣзней, по каковому предмету и былъ назначенъ, по возвращеніи своемъ въ Россію, доцентомъ, представивъ обстоятельный докладъ о своей заграничной поѣздкѣ.

Съ этого же времени онъ сталъ извѣстенъ въ Москвѣ какъ специалистъ мочеполовыхъ болѣзней и съ этого времени имя его становится популярнымъ.

Въ 1884 году О. Н. былъ назначенъ экстраординарнымъ профессоромъ по кафедрѣ хирургической патологіи и ему была дана въ завѣдываніе небольшая, состоящая лишь изъ двухъ маленькихъ палатъ, безъ операціонной и другихъ необходимыхъ комнатъ, клиника мочеполовыхъ болѣзней. Здѣсь, въ проходѣ между лѣстницей и дѣтской палатой съ одной стороны и общей для всѣхъ аудиторіей — съ другой приходилось ему оперировать, и, несмотря на всю неприспособленность подобнаго помѣщенія, даже серьезныя операціи, какъ напр. *sectio alba*, протекали у него болѣе чѣмъ удачно: статистика смертности равнялась почти нулю.

Любимыми операціями, въ которыхъ О. Н. достигъ совершенства и въ которыхъ не имѣлъ себѣ соперника, были операціи каменной болѣзни, камнедробленіемъ же онъ составилъ себѣ славу. Громадная коллекція камней, удаленныхъ при операціяхъ, служить лучшимъ памятникомъ его дѣятельности.

Недантичный во всемъ, что касалось исполненія долга и принятыхъ на себя обязанностей, осторожный во всѣхъ своихъ дѣйствіяхъ, онъ передъ каждой новой для него операціей, которую ему приходилось еще дѣлать, отправлялся въ анатомическій театръ и изучалъ технику ея производства. Врагъ поспѣшности и недостаточно обоснованныхъ данныхъ въ дѣлѣ производства операцій, онъ всегда до смерти твердилъ: „не дѣлай того, чего не знаешь“.

Чуждый ложнаго стыда и гордости, онъ не стѣбился во всѣхъ трудныхъ вопросахъ прибѣгать къ помощи и мѣшью лицъ, которыхъ считалъ болѣе, чѣмъ самъ, компетентными, ибо интересы больныхъ всегда ставилъ на первомъ планѣ.

Въ 1890 году клиника мочеполовыхъ болѣзней, переименованная вскорѣ по ходатайству покойнаго въ андрологическую, была перене-

сена въ здание Императорской Екатерининской больницы. Здѣсь ей было отведено сначала 20, а черезъ 3 года 40 кроватей, и въ этомъ видѣ она остается и по настоящее время.

Имя *Синицына*, какъ врача съ этого времени стало извѣстнымъ не только въ родной ему Москвѣ, но разнеслось и по разнымъ уголкамъ Россіи; къ нему стекалась масса больныхъ, поручая его опытности и знанію свои недуги. Шли и богатые и бѣдные, зная хорошо поставленный имъ съ самаго начала своей практической дѣятельности девизъ: „всякій платитъ сколько хочетъ и сколько можетъ, сообразуясь со своими средствами.“ Онъ не только не отказывалъ въ совѣтѣ немущимъ, но нерѣдко самъ помогалъ матерьяльно обрашавшимся къ нему бѣднякамъ, часто снабжая бѣдныхъ больныхъ при ихъ выпискѣ изъ клиники деньгами изъ собственнаго кармана.

Въ 1893 году онъ получилъ званіе ординарнаго профессора, и въ томъ же году быть посланъ делегатомъ въ Римъ на международный конгрессъ.

Въ свою клинику *О. И.* положилъ всю свою душу.

Ежедневно, часто больной, онъ прѣзжалъ сюда и проводилъ по 4—5 часовъ, работая не покладая рукъ, не жалѣя собственныхъ силъ. Лично онъ обходилъ всѣхъ больныхъ, дѣлалъ по большей части самъ всѣ операціи, занимался со студентами, читалъ лекціи.

Всесторонне образованный, богатый практическимъ опытомъ, обладая и ораторскими способностями, онъ всегда собиралъ полную аудиторію слушателей и нерѣдко кончалъ свою лекцію подъ громъ аплодисментовъ. За послѣдніе годы *О. И.*, поклонникъ стараго режима, разошелся съ молодежью во взглядахъ на политическія событія послѣдняго времени, что въ значительной степени повліяло на его душевное равновѣсіе и подорвало его здоровье.

Съ 1903 года *О. И.* сталъ заслуженнымъ ординарнымъ профессоромъ. Онъ умеръ, состоя на службѣ въ качествѣ директора андрологической клиники, и преклонный возрастъ не мѣнялъ ему честно и педантично-добросовѣстно относиться къ своимъ обязанностямъ.

Обладая большимъ критическимъ умомъ, *О. И. Синицынъ* оставилъ, сравнительно, немного научныхъ трудовъ, причиной чему послужила его большая практическая дѣятельность, отнимавшая у него все время свободное отъ клиники и ученыхъ засѣданій, которыя онъ посѣщалъ съ рѣдкою исправностью.

Изъ числа его работъ надо отмѣтить, помимо диссертациі, написанной на тему „о вліяніи шейнаго симпатическаго нерва на питаніе глаза“, редакцію „руководства къ изученію болѣзней мочеполовыхъ путей *Ж. Дельфо*“, „значеніе *Вирхова* въ хирургіи“, „о мѣропріятіяхъ при остромъ задержаніи мочи“, „о сѣменныхъ кистахъ“, „наблюденіе надъ давленіемъ въ почкахъ“, „патологическіе курьезы въ области мочеполовой сферы“.

*А. Вагановъ.*

23 октября 1907 г.

Однимъ изъ наиболѣе часто встрѣчающихся уродствъ мужскихъ половыхъ органовъ является **фимозъ**. Въ 1906—7 учебномъ году въ клиникѣ лежало 7 человекъ съ врожденнымъ фимозомъ и одинъ съ приобретеннымъ. Въ двухъ случаяхъ врожденного фимоза были сращения крайней плоти съ головкой; въ одномъ случаѣ врожденного и въ одномъ приобретеннаго—на головкѣ и на внутреннемъ листкѣ крайней плоти найдены были кондиломатозныя разрастания; всѣ больные жаловались на зудъ въ головкѣ, всѣ являлись онанистами и въ одномъ случаѣ больной жаловался и на *impotentia ejaculandi*. По возрасту больные распредѣлялись такъ: одинъ—четырехъ лѣтъ; одинъ—семи лѣтъ; одинъ—двенадцати лѣтъ; два—двадцати трехъ лѣтъ; одинъ—двадцати пяти лѣтъ (приобретенный фимозъ); два—тридцати лѣтъ. Всѣ фимозы оперировались одинаково: крайняя плоть разрѣзалась по срединѣ члена, подъ кокаиномъ; въ уголокъ разрѣза накладывался шелковый шовъ, а оба разрѣзанныхъ листка крайней плоти соединялись серфизинами. Синехии частью разрывались зондомъ, частью разрѣзывались куперовскими ножницами. Швы снимались на третій-пятый день. Въ большинствѣ случаевъ наступала *prima intentio*, но мѣстами, вследствие эрекцій, швы расходились; такія мѣста примачивались 2<sup>о</sup> о растворомъ *arg. nitrici*. Осложненій не было, больные послѣ операций освобождались отъ зуда въ головкѣ, заставлявшаго ихъ постоянно тереть свой членъ.

Изъ другихъ заболѣваній крайней плоти можно отмѣтить одинъ случай гнойнаго воспаления головки и внутреннего листка крайней плоти (**balanoposthitis**), вследствие нечистаго содержанія препуціального мѣшка. — Больному производились обмыванія головки борной водой и примачиванія ея 3<sup>о</sup> о растворомъ ляписа. — Черезъ три дня отечность, краснота и выдѣленіе исчезли.

Острыхъ, ничѣмъ не осложненныхъ, уретритовъ было въ клиникѣ пять—въ одномъ случаѣ это былъ первый по счету перелой; въ двухъ случаяхъ—второй; въ двухъ случаяхъ—третій. По возрасту больные распредѣлялись такъ: 20, 22, 23, 25 и 48 лѣтъ. — Въ трехъ случаяхъ течь появилась на третій день послѣ сношенія, въ одномъ—на пятый, а въ одномъ—на шестой. Больные являлись въ клинику на 10—15 день послѣ начала болѣзни. Тутъ имъ назначались въ восхо-

дящихъ дозахъ конайскій бальзамъ или санталовое масло, а по прекращеніи острыхъ воспалительныхъ явленій — спринцеванія по три раза въ день отъ 1/4<sup>0</sup>—1<sup>0</sup>/6 растворами протаргола. На 10—12-й день пребыванія въ клиникѣ гонококки изъ выдѣленій исчезали и выдѣленіе становилось слизистымъ. Тогда больные выписывались, получивъ наставленіе дѣлать дома вяжущія спринцеванія. Двое больныхъ, 18-ти и 23-хъ лѣтъ, лежали съ подострымъ уретритомъ. Течь въ одномъ случаѣ появилась годъ, въ другомъ шесть мѣсяцевъ назадъ и съ тѣхъ поръ не прекращалась, такъ какъ больные не соблюдали воздержанія отъ спиртныхъ напитковъ и имѣли сношенія. При поступленіи выдѣленіе изъ канала было слизистое и моча содержала нити въ обѣихъ порціяхъ. Больнымъ дѣлались инстилляціи—*zincum + plumbum + cocainum* и въ одномъ случаѣ на восьмой, въ другомъ — на десятый день выдѣленіе исчезло.

**Съ гонорройнымъ воспаленіемъ суставовъ** лежало въ клиникѣ трое. Въ одномъ случаѣ это было осложненіе второго перелоя, въ двухъ случаяхъ—перваго. Во всѣхъ случаяхъ больные сейчасъ же по появленіи течи начинали спринцеваться. Осложненія со стороны суставовъ наступили въ двухъ случаяхъ на третьей недѣлѣ съ начала заболѣванія, въ одномъ случаѣ на четвертый день. Въ одномъ случаѣ было поражено правое колено; въ другомъ—оба коленныхъ и правый локтевой суставъ; въ третьемъ лѣвые плечевой, лучезапястный и коленный суставы. Во всѣхъ случаяхъ въ выдѣленіи изъ канала найдены гонококки *Neisser's*. Что касается лѣченія—больные принимали санталъ, теплыя ванны; больные суставы смазывались йодной настойкой, и на нихъ накладывались согрѣвающие компрессы. Въ одномъ случаѣ была обнаружена флюктуація, сдѣланъ проколъ и выпущено 30 гр. слизисто-гнойной жидкости, не содержащей гонококковъ, а затѣмъ было примѣнено вытяженіе. Въ одномъ случаѣ больной, не доведя лѣченія до конца, выписался на седьмой день, въ виду закрытія клиники, въ другихъ случаяхъ больные лежали 37 и 57 дней и выписались вполне здоровыми.

Въ клиникѣ въ теченіи года лежало три опангета, изъ которыхъ двое заслуживаютъ нѣкотораго вниманія:

Реалистъ, 14 лѣтъ, 27 сент. 1906—11 ноября 1906, съ 13-ти лѣтъ ежедневно мастурбируетъ по нѣскольку разъ въ день; полгода назадъ началъ вводить въ каналъ съ эротической цѣлью карандашъ и однажды вызвалъ этимъ кровь, которая и появляется теперь при всякой эрекции. Больному дѣлалась два раза уретроскопія—слизистая оказалась очень гиперемирована и рыхла,—мѣсто же кровотеченія опредѣлить не удалось. Больному были назначены камфора и лупулинъ, холодныя примочки и ежедневныя инстилляціи отъ 1<sup>0</sup>/6—4<sup>0</sup>/6 *arg-nitrici*. Вышелъ здоровымъ.

Артельщикъ, 34-хъ лѣтъ, 11 дек. 1906—30 дек. 1906, мастурбируетъ въ теченіи послѣднихъ трехъ лѣтъ изъ-за боязни полового зараженія. За три дня до поступленія, во время мастурбаціи, послышался трескъ, членъ сразу сдѣлался вялымъ и распухъ; крови не показалось, а черезъ шесть часовъ на кожѣ члена появилось синее пятно. При поступленіи кожа оказалась утолщена, синебагроваго цвѣта, отечна. Въ лѣвомъ кавернозномъ

тѣлѣ—уплотненіе у корня—*contusio penis ex masturbatione*. Былъ наложенъ согревающий компрессъ—выписался здоровымъ.

### Суженія мочеиспускательнаго канала (*stricturae urethrae*).

Всѣхъ больныхъ, страдавшихъ суженіемъ мочеиспускательнаго канала было 45. Наибольшее число было крестьянъ (22), а остальные распредѣлялись между дворянами, купцами, мѣщанами и лицами военнаго званія (2). Лицъ рабочаго класса было 17, занимающихся интеллигентнымъ трудомъ 8, остальные занимались разными профессіями и всего болѣе торговлей.

По возрасту больные распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

до 20 лѣтъ.	. . . . .	2 случая
отъ 20 до 30 л.	. . . . .	13 "
" 30 " 40 "	. . . . .	13 "
" 40 " 50 "	. . . . .	7 "
" 50 " 60 "	. . . . .	6 "
Свыше 60 "	. . . . .	4 "

Наименьшій возрастъ 17 л., наибольшій 69 л.

Въ 23-хъ случаяхъ было лишь одно суженіе, въ 13-ти случаяхъ 2 суженія, въ 5-ти случаяхъ 3 суженія и въ 4-хъ случаяхъ свыше 3-хъ суженій—*strictura multiplex*, изъ которыхъ въ одномъ вся висячая часть канала представляла собою рядъ суженій, а въ другомъ въ той же висячей части было 4 суженія.

Всѣ суженія были воспалительнаго характера и, въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ, перелойъ былъ или на лицо, или въ анамнезѣ.

Въ одномъ случаѣ причиной суженія (*orig. ext. ug.*) былъ *ulcus induratum*; въ другомъ—какой-то язвенный процессъ, опредѣлить сущность котораго, изъ путаннаго разсказа больного не удалось.

Суженія занимали *orig. ext. urethrae* въ 19-ти случаяхъ, висячую часть канала въ 17-ти, у корня члена въ 13-ти и въ глубокой части канала 26. Въ это число входятъ всѣ случаи суженій, принимая въ расчетъ и тѣ, гдѣ у одного и того же больного было по 2, по 3 и болѣе суженій. Слѣдовательно, развитіе суженій въ задней части канала было чаще, чѣмъ въ другихъ мѣстахъ.

Непроходимыхъ суженій, т.-е. такихъ, гдѣ ни одинъ изъ мягкихъ инструментовъ, даже самаго малаго калибра, не могъ быть проведенъ черезъ суженное мѣсто, было 8; суженій до № 10 по скалѣ Шарьера, т.-е. сильно выраженныхъ, было 12; съ 10 до 20 №—наибольшее число—31, а съ 20 до 26-го—18.

Жалобы больныхъ, при ихъ поступленіи въ клинику, сводились на задержаніе мочи, болѣзненное и затрудненное мочеиспусканіе, частые позывы на мочу, удлинненіе акта мочеиспусканія, рѣзъ и зудъ въ каналѣ, появленіе крови въ мочѣ, истеченіе изъ мочеиспускательнаго канала, появленіе по утрамъ гнойной капли, непроизвольное мочеиспу-



сканіе, выдѣленіе мочи изъ ненормальнаго отверстія (*fistulae*), тупая боль надъ лобкомъ (*atonia*) и, наконецъ, мутная моча.

Изъ сопутствующихъ суженію страданій, какъ вызванныхъ самимъ суженіемъ, такъ и самостоятельныхъ, въ зависимости отъ основной причины—перелоя, наблюдались въ 7 случаяхъ *fistulae urethrae*,—*perineales* 6 разъ и *penalis* въ одномъ случаѣ; въ 6-ти случаяхъ *urethritis subacut. et chron.*; въ 3-хъ случаяхъ *epididymitis chr.*; по 2 случая *prostatitis chr.*, *retentio urinae*, *atonia vesic.*, *pyelitis*, *abscessus urinosus* и по 1 случаю—*incontinentio urinae*, *infiltratio urinosa*, *septico-uraemia*, *oedema praeputii*, *phlegmone diffusa penis*, *perinei et scroti* и *neurasthenia sexualis*.

Приступая съ описанію леченія данныхъ больныхъ, мы раздѣляемъ всѣ случаи на 2 разряда: 1) такъ назыв. непроходимыя суженія и сильно выраженные и 2) суженія, гдѣ калибръ просвѣта уретры былъ, сравнительно, достаточный. Во всѣхъ первыхъ случаяхъ въ клиникѣ примѣнялся способъ экстреннаго расширенія канала стальными буками, изобрѣтенными проф. Сеницынымъ. Достоинство этихъ инструментовъ заключается въ томъ, что при весьма маломъ, вначалѣ, калибрѣ, они отличаются своей неподатливостью и, будучи приготовлены изъ стали, неспособны измѣнить свою кривизну. Начинаются они съ самыхъ малыхъ номеровъ, такъ что ихъ № 1 соответствуетъ № 3 скалы Шарьера, т.-е. имѣетъ 1 миллиметръ въ діаметрѣ. Кончикъ этого инструмента снабженъ небольшою пуговкой, чтобы избѣжать возможнаго прободенія уретры.

Постепенно увеличиваясь въ своемъ калибрѣ, послѣдній изъ этихъ инструментовъ равняется № 28 скалы Шарьера. Операция производится въ одинъ сеансъ и, постепеннымъ введеніемъ инструментовъ одинъ за другимъ, расширеніе обыкновенно доводится, приблизительно, до № 23—25, послѣ чего уретра промывается борнымъ растворомъ и вводится, *à demeure*, катетръ Nelaton'a № 22—24, который и оставляется на 1—2 сутокъ, и затѣмъ уже приступаютъ къ методическому расширенію канала, каковое доводится до № 56—58, для чего требуется лишь нѣсколько сеансовъ, и больной выписывается съ наставленіемъ нѣкоторое время поддерживать свой каналъ въ его расширенномъ видѣ введеніемъ этого послѣдняго номера въ болѣе или менѣе частые промежутки времени; сначала чаще, а потомъ все рѣже и рѣже. Операция эта всегда производилась послѣ предварительнаго введенія въ уретру одного грамма 3<sup>0</sup>о раствора кокаина, который нерѣдко вводился еще разъ или два во время самаго сеанса. Для полной увѣренности въ правильномъ положеніи и направленіи инструмента операция всегда производилась подъ контролемъ указательнаго пальца правой руки, введеннаго въ *rectum*, который съ точностью могъ опредѣлять нормальное направленіе инструмента. Въ большинствѣ подобныхъ операций, въ силу производимой травмы и возможнаго поэтому проникновенія изъ канала, всегда богатаго въ

этихъ случаяхъ микроорганизмами, къ вечеру дня операціи повышалась немного температура, рѣдко доходя выше 38—39° и которая черезъ сутки, много-много черезъ двое сутокъ, снова становилась нормальной.

Считаемо необходимымъ отмѣтить тотъ фактъ, что эта истинно превосходная операція, благодаря которой въ андрологической клиникѣ со времени введенія этого способа не было ни одного случая, гдѣ пришлось бы прибѣгнуть къ проколу пузыря при задержаніи въ немъ мочи, въ силу невозможности выпустить ее черезъ нормальные пути, требуетъ безусловно большого навыка и опыта, и врачамъ, мало, сравнительно, опытнымъ въ катетеризаціи, не слѣдуетъ браться за нее и предпочесть другой путь, который иногда примѣнялся и въ нашей клиникѣ—это методъ постепеннаго расширенія канала оставленіемъ бужей *à demeure*, для чего прибѣгаютъ вначалѣ къ нѣсколькимъ, вмѣстѣ взятымъ, эластическимъ бужамъ самого тонкаго калибра, стараясь провести одну изъ нихъ въ пузырь и въ случаѣ удачи привязывая его и заставляя больного мочиться мимо инструмента. Обыкновенно, на слѣдующій день удается легко провести инструментъ, по своимъ размѣрамъ превосходящій первый на 3-4 номера. Такъ поступаютъ до тѣхъ поръ, пока удается провести катетръ № 12—14, и затѣмъ приступаютъ къ методическому расширенію канала металлическими бужами Беннике-Синицына. Само собою разумѣется, что означенный методъ требуетъ болѣе долгаго пребыванія больного въ клиникѣ, но зато нельзя не отмѣтить его преимущества передъ первымъ способомъ, заключающагося въ доступности его производства и въ рукахъ, мало обладающихъ практическимъ навыкомъ.

При суженіи второго рода, т.-е. тѣхъ, гдѣ, какъ сказано, просвѣтъ канала былъ, сравнительно, достаточный, пользовались методическимъ расширеніемъ канала металлическими бужами Беннике-Синицына, причемъ сеансы бужирования производились черезъ 48—72 часа, а за каждый сеансъ обыкновенно вводилось по 3 инструмента, беря первый на 6—8 номеровъ ниже того, какимъ желательно окончить данный сеансъ, смотря по податливости суженнаго мѣста и никогда не употребляя особаго насилія, стараясь, чтобы инструменты проходили совершенно свободно, не вызывая никакого раздраженія и также послѣ предварительнаго вирыскиванія въ каналъ 3<sup>0</sup>о раствора кокаина.

Результатъ лѣченія въ обоихъ случаяхъ былъ прекрасный, и больные выписывались или на пути къ полному выздоровленію, или совершенно здоровыми, мочась свободно, рѣдко и безъ боли.

Изъ всѣхъ 45 случаевъ, поступившихъ съ суженіемъ мочепускавательнаго канала, двое больныхъ умерли и эти 2 детальные случая падаютъ на больныхъ, поступившихъ въ клинику уже съ явленіями *septico-uraemiae*, при существованіи у нихъ задержанія мочи въ зависимости отъ суженія мочепускавательнаго канала. Въ обоихъ случаяхъ задержаніе продолжалось уже трое сутокъ, и попытки врачей, къ

которымъ они обращались до поступления въ клинику, пройти каналъ и выпустить мочу катетромъ оказались безрезультатными, вызвавъ лишь появленіе крови въ каналѣ и лихорадочное состояніе, вслѣдъ за которыми наступили уремическія явленія, при чемъ въ одномъ изъ этихъ случаевъ аутопсія показала существованіе *via falsa periurethralis*. Хотя въ обоихъ случаяхъ намъ удалось пройти каналъ и выпустить мочу, но спасти ихъ въ виду развившихся уже грозныхъ явленій было немыслимо.

Всѣ сопутствовавшія суженію канала страданія, съ которыми больные поступали въ клинику и о которыхъ было уже выше упомянуто, — лечились по общимъ правиламъ, при чемъ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ у больныхъ одновременно съ суженіемъ канала были перелой, въ той или иной степени своего развитія и въ отдѣляемомъ находились гонококки, прежде всего примѣнялось леченіе этого страданія назначеніемъ внутрь бальзамическихъ средствъ и мѣстное леченіе впрыскиваніями наиболее употребительныхъ лѣкарственныхъ средствъ, среди которыхъ *protargol* занимаетъ первое мѣсто, и лишь по нечезновеніи гонококковъ приступали къ расширенію канала.

Въ двухъ случаяхъ во время расширенія канала было обостреніе раньше существовавшихъ эпидидимитовъ, въ одномъ обострился раньше бывшій *prostatitis*, въ одномъ развился *urethro-cistitis*; всѣ остальные случаи протекли безъ осложненій.

**Воспаленій придатковъ** яичекъ наблюдалось 27 случаевъ: 20 случаевъ острыхъ, 2 подострыхъ и 5 хроническихъ. 20 случаевъ *эпидидимита* по своей этиологій распадаются на 2 неравнобѣрныхъ отдѣла. Первый, болѣе обширный отдѣлъ, даетъ 15 случаевъ. Во всѣхъ этихъ случаяхъ больные поступали въ клинику съ болѣе или менѣе значительнымъ отдѣленіемъ изъ канала, въ которомъ констатировались гонококки; или же гонококки констатированы въ отдѣленіи, которое появлялось изъ канала послѣ паденія т<sup>о</sup> на 4-й—5-й день пребыванія больныхъ въ клиникѣ. Такимъ образомъ эти 15 случаевъ нужно считать несомнѣнно перелойными эпидидимитами. Второй, меньшій отдѣлъ, обнимаетъ 5 случаевъ. Въ этихъ случаяхъ ни въ отдѣленіи изъ канала, ни въ мочевомъ осадкѣ найти гонококковъ не удавалось, хотя анамнезъ и указывалъ на уретритъ въ однихъ случаяхъ болѣе недавній (10 дней), въ другихъ давно бывшій. Изъ этихъ 5-ти случаевъ въ одномъ эпидидимитъ развился послѣ бужирования канала при леченіи стриктуры. Во всѣхъ 20-ти случаяхъ наблюдалось одностороннее пораженіе: въ 10-ти были пораженъ правый придатокъ, въ 10-ти — лѣвый. Хотя число наблюденій и очень мало, все же оно подтверждаетъ, что по частотѣ пораженій правая или лѣвая сторона не имѣютъ особыхъ преимуществъ. По возрасту больные распредѣлялись такъ: до 20-ти лѣтъ (18-ти и 19-ти) — 2; отъ 20-ти до 30-ти — 15; одинъ — 38; одинъ — 39-ти лѣтъ. Въ клинику поступали самое раннее на 3-й, самое

позднее на 10-й день заболѣванія. Изъ сопутствующихъ страданій въ 10-ти случаяхъ былъ острый перелой, въ 4-хъ подострый, въ 2-хъ хроническій; въ 3-хъ случаяхъ было хроническое уплотнѣніе въ придаткѣ другого яичка, въ 1-мъ подострый эпидидимитъ другого яичка. Острое воспаленіе сѣмянного канатика соотвѣтственной стороны наблюдалось 7 разъ; острый простатитъ наблюдался 1 разъ, хроническій — 2 раза; въ 3-хъ случаяхъ существовало суженіе мочеиспускательнаго канала и въ 2-хъ случаяхъ *periorchitis serosa acuta* соотвѣтственной стороны. Продолжительность пребыванія больныхъ въ клиникѣ въ среднемъ равнялась 15,5 днямъ. Пониженіе  $t^0$  наблюдалось на 3—7-й день пребыванія въ клиникѣ. Лѣченіе примѣнялось слѣдующее. При высокой  $t^0$  и болѣзненности — ледъ на мошонку; при паденіи  $t^0$ , уменьшеніи опухоли и исчезновеніи болѣзненности ледъ смѣнялся согрѣвающимъ компрессомъ, а внутрь назначались препараты іода. При существованіи гонококковъ тотчасъ по констатированіи ихъ назначались внутрь бальзамическія средства. Съ исчезновеніемъ въ придаткахъ острыхъ явленій начиналось лѣченіе уретрита. Больные выписывались изъ клиники, когда въ отдѣленіи изъ канала и нитяхъ микроскопическое изслѣдованіе не открывало болѣе присутствія гонококковъ.

*Подострый* эпидидимитъ наблюдался у 2-хъ больныхъ.

Одинъ 27-лѣтній крестьянинъ, поварь, поступилъ въ клинику именно благодаря этому страданію; другой, старикъ 64-хъ лѣтъ, былъ принятъ, главнымъ образомъ, изслѣдствіе отсутствія произвольнаго мочеиспусканія. Въ первомъ случаѣ было пораженіе праваго придатка, расширеніе венъ сѣмянного канатика съ лѣвой стороны, хроническій простатитъ и уретритъ. Въ отдѣленіи изъ канала констатировались гонококки. Лѣченіе было направлено на предстательную железу и уретру. Больной выписался черезъ 2 недѣли поправившимся. Во второмъ случаѣ было пораженіе придатковъ съ той и другой стороны, *funiculitis bilateralis*, изъ предстательной железы при массажѣ выделялось много гноя. Самостоятельно мочиться не могъ. Гонококковъ открыто не было. Лѣченіе состояло въ восстановленіи сократительной дѣятельности пузыря, благодаря регулярному его опорожненію сначала посредствомъ катетра à demeure, потомъ повторной катетеризаціи и электризаціи индуктивнымъ токомъ, въ промываніи пузыря и массажѣ предстательной железы. На мошонку — согрѣвающий компрессъ. Больной выписался черезъ 2 недѣли: понемногу стало восстанавливаться произвольное мочеиспусканіе.

*Хроническое* воспаленіе придатковъ наблюдалось въ пяти случаяхъ — всеѣ туберкулезнаго происхожденія. Вліяніе наследственности можно было констатировать у 2 больныхъ, у нихъ же одновременно было пораженіе легкихъ; у одного патологической наследственности не было, но было страданіе легкихъ и у двухъ не было ни того, ни другого. Всеѣ больные были въ возрастѣ отъ 22-хъ до 29-ти лѣтъ. Въ 3-хъ случаяхъ было двустороннее пораженіе, въ 2-хъ — пораженіе праваго придатка. Кроме того, въ одномъ случаѣ было суженіе мочеиспускательнаго канала, *fistula urethro-perinealis et urethro-scrotalis* и *pyelo-nephritis* туберкулезнаго характера. У 2-хъ больныхъ было туберкулезное пораженіе предстательной железы, у 2-хъ туберкулезное пораженіе того и другого сѣмянного канатика. Въ 2-хъ случаяхъ при пораженіи придатка было поражено и соотвѣтственное яичко. Въ 3-хъ

случаяхъ была произведена односторонняя кастрація. Швы снимались на 3-й—4-й день, во всѣхъ случаяхъ заживленіе *per granulationem*. Въ остальныхъ случаяхъ производился разрѣзъ и возможно совершенное удаленіе гнойно-казеозныхъ очаговъ посредствомъ выскабливанія острой ложечкой. 3 больныхъ, страдавшихъ туберкулезомъ легкихъ, выписались для климатическаго лѣченія; одинъ съ не вполне зажившей, хорошо гранулирующей полостью—для амбулаторнаго лѣченія, и одинъ—вполнѣ поправившимся. Средняя продолжительность пребыванія больного въ клиникѣ равнялась 39-ти днямъ.

**Hydrocele.** 23 человека. Всѣмъ больнымъ были сдѣланы операціи: въ 22-хъ случаяхъ съ помощью троакара, и въ одномъ случаѣ разрѣзомъ и удаленіемъ соответствующей оболочки яичка. Операція троакаромъ производилась слѣдующимъ образомъ: послѣ выпусканія жидкости вливался синринжовкой  $\frac{1}{2}\%$ -й растворъ коканна, задерживался минутъ пять, выпускался; затѣмъ, нажимая пелотомъ на паховое кольцо, соответствующей стороны, вырскивалась *t-ra jodi fortius*, которую задерживали минутъ 10, все время приводя въ движеніе пальцами мошонку съ той цѣлью, чтобы *tinctura* могла проникнуть во всѣ части полости и лучше произвела бы слнничное воспаленіе. По прошествіи 10-ти минутъ, *t-ra jodi* выпускалась, при чемъ строго соблюдалось, чтобы вытекшее количество тинктуры равнялось вырскому; затѣмъ троакаръ вынимался и пораненное мѣсто заклеивалось ксероформовой марлей съ коллодіумомъ.

Когда не надѣялись, что *t-ra jodi* окажетъ желательный результатъ, вырскивался сублимиатъ въ растворѣ 1:500.

Послѣ операціи у больныхъ обыкновенно подымалась температура на день или больше, смотря по тому, какъ энергично шло слнничное воспаленіе. На третій, пятый день послѣ операціи, когда во вступившей мошонкѣ замѣтна была крентация, накладывался согревающий компрессъ и давался внутрь іодъ.

Этіологію заболѣванія почти всегда надо отнести на счетъ уретрита и послѣдовательнаго эпидидимита. Изъ анамнестическихъ данныхъ, касающихся этіологіи заболѣванія, какія удалось добыть у нѣкоторыхъ изъ нашихъ больныхъ, можно сообщить слѣдующее: перелоя не было у четверыхъ; въ одномъ случаѣ увеличеніе яичка послѣдовало послѣ подъема тяжести; въ двухъ случаяхъ въ анамнестикѣ *lues*; въ двухъ отъ рожденія одно яичко было больше другого; въ шести случаяхъ послѣ ушиба появилась водянка.

По сторонамъ—заболѣванія дѣлились слѣдующимъ образомъ: правостороннихъ было 12, лѣвостороннихъ 6 и двустороннихъ 5. Придатки во всѣхъ случаяхъ были болѣе или менѣе измѣнены.

По продолжительности времени отъ начала заболѣванія, опухоли дѣлились слѣдующимъ образомъ: отъ рожденія двѣ, а затѣмъ колебались отъ 11-ти лѣтъ до 2-хъ мѣсяцевъ.

По лѣтамъ болные располагались слѣдующимъ образомъ: тринадцать

человѣкъ—отъ 16-ти до 30-ти дѣтъ, трое—отъ 34-хъ до 39-ти дѣтъ, одинъ 49-ти дѣтъ, шесть—отъ 52-хъ до 62-хъ дѣтъ.

По величинѣ окружностей опухоли колебались: въ продольной окружности отъ 47-ми до 10-ти см., въ поперечной—отъ 38-ми до 9-ти см.

Количество выпущенной жидкости колебалось отъ 540-ка до 12-ти куб. см.

Не всегда удавалось ограничиться однимъ проколомъ; иногда жидкость накоплялась снова и тогда приходилось повторять проколы. Накопленіе жидкости послѣ операціи замѣчалось въ тѣхъ случаяхъ, когда воспаленіе протекало мало энергично.

По количеству проколовъ больныхъ можно раздѣлить слѣдующимъ образомъ: по одному проколу было сдѣлано 14-ти больнымъ, по два—6-ти, по три—2-мъ.

Осложненій ни въ одномъ случаѣ не было. Въ клиникѣ больные лежали столько времени: 18 человѣкъ отъ 10-ти до 19-ти дней, 4 человека отъ 21-го до 26-ти дней, одинъ больной мѣсяць и 9 дней.

При выпискѣ изъ клиники ни у одного больного жидкости въ оболочкѣ не было, и только 1 больной, не пожелавшій закончить лѣченія, выписался съ небольшимъ количествомъ жидкости въ оболочкахъ яичка.

**Заболѣваній мочевого пузыря** въ клиникѣ наблюдалось 35; въ 28-ми случаяхъ діагносцирована **каменная болѣзнь**: во всѣхъ случаяхъ камни обнаружены щупомъ; у шести больныхъ для болѣе детальнаго изслѣдованія произведена цистоскопія. По возрасту больные распредѣлялись такъ: отъ 4—5-ти дѣтъ двое; 13-ти дѣтъ—одинъ; 20—30-ти л.—семь; 30—40 л.—четыре; 40—50 л.—три; 50—60 л.—три; 60—75 л.—восемь человѣкъ. Въ 14-ти случаяхъ каменная болѣзнь наблюдалась у крестьянъ, чернорабочихъ; въ 14-ти случаяхъ у кушцовъ, чиновниковъ, военныхъ, духовныхъ,—днѣ, жившихъ въ благопріятныхъ условіяхъ.

Время пребыванія въ клиникѣ колебалось отъ 4-хъ до 50-ти дней, въ среднемъ 16,5. Сдѣлана одна *sectio alta* и 27 камнедробленій. Операціи производились безъ наркоза, за исключеніемъ двухъ операцій у дѣтей, и одной *sectio alta*, при которыхъ употребленъ хлороформный наркозъ. Камнедробленіе производилось въ 1—10 пріемовъ за операцію. Камни распредѣлялись такъ: 9 уратовъ, 8 фосфатовъ, 2 оксалата, 8 урофосфатовъ, одинъ урофосфооксалатъ.

Діаметръ камней (наибольшій) былъ отъ 1 до 7 сантим.; вѣсъ камней въ сухомъ видѣ колебался отъ 0,5 до 150,0. Къ операціи больные готовились слѣдующимъ образомъ: при суженіи уретры и *orif. ext.* дѣлалось *incisio orif. ext.* и производилось бужированіе до N 56—58, мочевої пузырь промывался растворомъ 3% борной кислоты. Если же суженія не было, то бужи вводились съ цѣлью пріученія уретры къ инструментамъ. Послѣ промыванія пузыря вливалось въ него  $1\frac{1}{2}$  0/0



растворъ коканна въ количествѣ 50,0 и чрезъ 15 минутъ добавлялось еще 50,0—100,0 раствора борной кислоты; многимъ больнымъ вспрыскивалось подъ кожу 0,01 морфія. Послѣ операціи почти всѣмъ больнымъ ставился катетеръ à demeure на сутки. Чрезъ два дня производилось изслѣдованіе щупомъ; въ двухъ случаяхъ послѣ операціи производилась цистоскопія. Смертныхъ случаевъ не было. Изъ осложненийъ надо отмѣтить венчики піелита и піелонефрита у нѣсколькихъ больныхъ; желтуху у одного больного; гнойный простатитъ у одного и гнойный періорхитъ съ простатитомъ у другого; разрывъ слизистой уретры около корня члена при выниманіи литотриктора съ набившимся межъ дожекъ вязкимъ пескомъ; появилась ограниченная мочевая инфильтрація; свища не образовалось, и больной скоро поправился.

Заслуживаютъ вниманія исторіи трехъ больныхъ, имѣвшихъ большіе камни, трудно поддававшіеся дробленію:

Купецъ 59-ти лѣтъ, 3 года страдаетъ выходженіемъ камешковъ съ мочей; 1½ года назадъ появилось расстройство мочеиспусканія; опредѣленъ камень и лѣвосторонній піелитъ; камень въ 6 сант. долго не поддавался раздробленію; девять разъ пришлось вводить литотрикторъ; черезъ нѣкоторое время были сдѣланы еще двѣ операціи; всего удалено 100,0; камень уратъ, по периферіи его — фосфатъ.

Крестьянинъ 39-ти лѣтъ, съ дѣтства страдаетъ расстройствомъ мочеиспусканія; діагностированъ камень и pyelitis sin.; atonia пузыря; камень въ 5 сант. Въ 7 пріемовъ удалено 100,0 урата со скурплой изъ фосфатовъ. Сдѣлано еще 2 добавочныхъ операціи; всего удалено 120,0.

Оффиціантъ 36-ти лѣтъ, съ дѣтства страдаетъ расстройствомъ мочеиспусканія; опредѣленъ камень въ 7 сант. и pyelonephritis bilateralis. Камень не поддавался раздробленію обычными инструментами, былъ употребленъ самый большой литотрикторъ № 3 Collin'a, которымъ за время существованія клиники пользовались два или три раза; камень наконецъ поддавался раздробленію и въ 10 пріемовъ удалено 135,0 урофосфооксаллата. Черезъ нѣсколько дней сдѣлано еще 2 добавочныхъ операціи; всего удалено 150,0 камня. Появилось осложненіе въ видѣ обостренія піелонефрита и гнойнаго простатита.

У крестьянина, кучера, 65-ти лѣтъ, былъ діагностированъ цистоскопомъ у выхода изъ пузыря камень, а на верхней стѣнкѣ два разрастанія, очень похожихъ по формѣ на землянику. Послѣ камнедробленія фосфата въ 3,0 появилось небольшое кровотеченіе, скоро прекратившееся; въ мочѣ обнаружены частички, состоящія изъ веретенообразнаго эпителия.

За исключеніемъ двухъ больныхъ, у которыхъ одновременно съ камнемъ опредѣлена atonia vesicae, всѣ остальные выписались изъ клиники поправившись, съ безболѣзненнымъ, не учащеннымъ мочеиспусканіемъ.

Кромѣ вышеописаннаго случая, гдѣ одновременно были и опухоль и камень, діагностированы **опухоли** еще 3 раза.

Крестьянинъ 51-го года поступилъ въ клинику по поводу болѣе при мочеиспусканіи, частыхъ позывовъ, кровавой мочи; отецъ и дядя его умерли отъ рака; 31-го года больной имѣлъ перелой; 44-хъ лѣтъ появилась кровь въ мочѣ; полгода назадъ участилось мочеиспусканіе, стало болѣзненнымъ, въ мочѣ кровь. При изслѣдованіи щупомъ усилилось пузырное кровотеченіе и обнаружены частички, состоящія изъ эпителия съ крупнымъ ядромъ. Цистоскопія обнаружила на днѣ пузыря опухоль, ограниченную, кровоточащую. Cancer vesicae. Промываніе пузыря растворомъ argenti nitrici съ 1:5.000 до 1:1.200. Крови въ мочѣ меньше, боли слабѣе; отъ операціи отказался.

Крестьянинъ 67-ми лѣтъ, не имѣлъ никакихъ заболѣваній; 15 лѣтъ назадъ кровь въ мочѣ, позывы и боли; эти явленія прогрессировали до послѣдняго времени; больной исхудалъ, имѣетъ отвращеніе къ мясу, испытываетъ жажду; моча зловонна, щелочна, въ ней фибринъ, гной, фосфаты, частички изъ эпителиальныхъ съ пузырькообразнымъ ядромъ клѣтокъ; простата сочна, велика; дно пузыря инфильтрировано; при цистоскопін вслѣдствіе кровотеченія не удалось ничего увидѣть. *Cancer vesicae. Casus inoperabilis.*

Крестьянинъ 51-го года; съ 46-ти лѣтъ появились учащенные позывы и неполное опорожненіе мочи; полгода назадъ въ мочѣ кровь и полное задержаніе мочи; моча кровавая; простата увеличена въ лѣвой долѣ; когда кровотеченіе остановилось (послѣ вліяніемъ эрготина) на 11-й день, сдѣлана цистоскопія: изъ лѣваго мочеточника выдѣленіе мутной мочи; на верхней стѣнкѣ слѣва обнаружено ворсинчатое разрастаніе въ видѣ трехъ сосковъ. *Papilloma vesicae urinariae; atonia vesicae.* Отъ операціи отказался.

У двухъ больныхъ діагносцирована **cystitis tuberculosa**:

Крестьянинъ 37-ми лѣтъ; 3 раза имѣлъ перелой: 4 мѣсяца назадъ появилось учащенное, послѣ конецъ акта болѣзненное мочеиспусканіе. Т° 38,5; въ мочѣ обнаружены гной, слѣды крови и бациллы Коха. Въ верхушкѣ праваго легкаго притупленіе и хрипы; въ правой долѣ предстательной железы прощупываются узелки; вмѣстимость пузыря 85,0.

Крестьянинъ 30-ти лѣтъ; 4 года назадъ послѣ ушиба праваго яичка появилась въ немъ опухоль; вскорѣ образовался свищъ, а затѣмъ яичко было удалено; спустя нѣкоторое время появилось учащенное, болѣзненное мочеиспусканіе, иногда въ мочѣ кровь; въ клиникѣ обнаружена цистоскопомъ около праваго мочеточника язва съ неправильными краями, а въ мочѣ найдены бациллы Коха. Лѣченіе этихъ больныхъ состояло въ слѣдующемъ: миндальная эмульсія, суппозиторіи, промываніе пузыря растворами сулемы отъ 1:10.000 до 1:5.000; по выясненіи діагностики подобнымъ больнымъ не рекомендуется долгое пребываніе въ больничной атмосферѣ. Оба больныхъ выписались съ небольшимъ улучшеніемъ: позывы рѣже, боли при мочеиспусканіи слабѣе.

Затѣмъ въ клиникѣ наблюдалось два случая *atoniae vesicae urinariae*, развившейся на почвѣ бывшихъ острыхъ простатитовъ, своевременно не было замѣчено задержаніе мочи и результатомъ этого явилось параличное состояніе „*m. detrusoris*“.

Крестьянинъ, 29-ти лѣтъ, поступилъ въ клинику по поводу непроизвольнаго днемъ и ночью выдѣленія мочи: 23-хъ лѣтъ имѣлъ перелой, полгода назадъ — перелой вторично; осложнился воспаленіемъ предстательной железы, послѣ чего появилось недержаніе мочи сначала ночью, а потомъ и днемъ. Послѣ произвольнаго мочеиспусканія въ 100,0 въ пузырь остается 1000,0 мочи; простата атрофирована. Послѣ лѣченія, которое въ подобныхъ случаяхъ состоитъ изъ катетеризаціи отъ 1 до 4 разъ въ сутки, электризаціи мочевого пузыря индуктивнымъ токомъ, недержаніе мочи прекратилось, а опорожненіе пузыря улучшилось.

У другого больного, іеромонаха 69-ти лѣтъ, кромѣ явленія „*atoniae vesicae urinariae*“ наблюдались симптомы *urethrocystopyelonephritis ascendens*, развившіеся на почвѣ задержанія мочи; частые позывы, боль при мочеиспусканіи, гнойная моча, почечный эпителий и гиалиновые цилиндры, бѣлку 10%. Послѣ лѣченія, которое состояло въ электризаціи, катетеризаціи, промываніи пузыря, уротропина внутрь, больной получилъ небольшое облегченіе.

### Заболѣванія предстательной желѣзы.

Съ такого рода заболѣваніями въ андрологическую клинику принято было 27 чел., изъ которыхъ **Prostatitis acuta** была у 15-ти, въ возрастѣ 21 — 38 лѣтъ, при чемъ у 7-ми изъ нихъ въ анамнезѣ былъ перелой по 1-му разу, у 2-хъ — по 2 раза, у 4-хъ при прежнихъ перелойныхъ заболѣваніяхъ бывалъ уже простатитъ, у 4-хъ суженіе уретры. Кромѣ того у 9-ти больныхъ имѣлось на лицо свѣжее перелойное зараженіе, у



5-ти—хроническое и у всѣхъ 14-ти—въ уретральномъ и простатическомъ отдѣляемомъ найдены были гонококки. Только у одного гонококковъ не было и простатитъ явился результатомъ грубо примѣнявшагося расширения стриктуры уретры. У 13 простатитъ былъ железистый и только у 2-хъ ткани железы превратились въ абсцессы. Эти случаи заслуживаютъ особаго вниманія и о нихъ рѣчь впереди.

Ближайшею причиною, способствовавшею ввѣдренію микробовъ въ железу и развитію въ ней воспаленія, въ 13-ти сл. служило грубо примѣнявшееся лѣченіе уретрита спринцеваніями, въ особенности—дышесомъ.

Исходомъ воспаленія у всѣхъ 15-ти больныхъ было нагноеніе и образованіе абсцессовъ, которые въ 12-ти случаяхъ продолжили себѣ путь въ уретру; больные скоро выздоровѣли, только одинъ больной, по домашнимъ обстоятельствамъ, вышелъ изъ клиники съ неразрѣнившимся простатитомъ.

У больного 21-го года, лежавшаго въ клиникѣ съ 20 января по 11 февраля 1907 г., въ концѣ декабря послѣдовало свѣжее зараженіе перелоемъ, а 7 января, послѣ нѣсколькихъ спринцеваній протарголомъ, появились обычные признаки остраго простатита. Въ клиникѣ у больного найденъ былъ гнойникъ, занимавшій область и железы и окружающей железу клѣтчатки по передней стѣнкѣ recti; въ толщѣ правой ягодицы и на промежности въ глубинѣ прощупывалось неясное зыбленіе. Общее состояніе было плохо, темпер. тѣла 38,5—39,7, знобы, поты. Гнойники были вскрыты на ягодицѣ и въ промежности глубокими разрѣзами. 11 февраля больной оставилъ клинику въ хорошемъ состояніи, гонококковъ не было, рана на ягодицѣ зажила, а на промежности осталась грануляціонная поверхность въ серебряный пяточокъ величиною.

У другого больного, 29-ти лѣтъ, была въ анамнезѣ травматическая стриктура уретры. Послѣ пьянства 17 февраля у него случилось задержаніе мочи на цѣлыя сутки; фельдшеръ съ большимъ трудомъ спустилъ мочу катетромъ, а черезъ нѣсколько дней послѣ этого появилась на промежности болѣзненная опухоль.

При поступленіи въ клинику у больного было флегмонозное воспаленіе железы и окружающей ее и rectum клѣтчатки. На промежности—абсцессъ въ 1/2 куриного яйца; затекъ гноя въ мошонку и клѣтчатку основанія penis. Общее состояніе плохо. Глубокими разрѣзами гною данъ выходъ, полости были дренированы. Скоро больной оправился. 3-го апрѣля выписался здоровымъ.

*Prostatitis chronica* была у двухъ больныхъ, 28-ми и 38-ми лѣтъ, при чемъ у младшаго въ анамнезѣ былъ пѣзлитъ, продолжающійся и теперь, и одно перелойное зараженіе, а у старшаго послѣднихъ было 4, да кромѣ того lues и уже далеко зашедшій tabes. Въ наличности у обоихъ былъ перелой и давнишнее страданіе железы, которые поддерживались то нынствомъ, то *abusu in Venere* и т. п.

Въ клиникѣ всѣ явленія со стороны железы стихли, но пѣзлитъ у младшаго и tabes у старшаго были налицо и при выходѣ больныхъ изъ клиники.

*Prostatitis tuberculosa* былъ у двухъ больныхъ, 25-ти и 37-ми лѣтъ. Первый изъ нихъ А. В.—въ на 10-мъ году жизни послѣ ушиба имѣлъ заболѣваніе праваго яичка, на которомъ былъ вскрытъ абсцессъ; рана долго не заживала. 20-ти лѣтъ—перелой и вслѣдъ за тѣмъ простатитъ и правосторонній эпидидимитъ, который былъ признанъ туберкулезнымъ.

Съ октября 1906 г. появились припадки уретроцистита (безъ всякаго повода), простатита и двусторонняго эпидидимита. Мочиться сталъ по 30—40 разъ въ сутки съ болями.

Моча при поступленіи въ клинику была мутная, гнойная, щелочная и зловонная, съ

массою туберкулезныхъ бактерий. Двусторонній эпидидимитъ съ фистулезнымъ ходомъ на кожѣ мошонки. Предстательная железа увеличена, болѣзненна, пастозна, съ неясными контурами. Кромѣ того у больныхъ были атонія пузыря, суженіе уретры № 20-й и двусторонній піелонефритъ.

Фистулезные ходы были вскрыты, выскоблены, и раны скоро зажили. За мѣсяцъ пребывания въ клиникѣ больной поправился, атонія сократилась на  $\frac{1}{2}$ , мочиться сталъ 6—8 разъ въ сутки почти безъ боли, моча тоже стала лучше.

Другой больной М. Е. уже въ октябрѣ 1906 г. признанъ былъ страдающимъ легочнымъ туберкулезомъ. Тогда же у него были признаки уретроцистита. Въ декабрѣ того же года больной уже мочился по 30 разъ въ сутки, съ рѣзкими болями, а иногда и съ кровью. Въ молодости онъ имѣлъ 3 затяжныхъ перелоя уретры.

Общее состояніе больного плохо. Туберкулезъ обоихъ легкихъ. Мочится съ болью и съ кровью каждые  $\frac{1}{2}$  часа, моча мутная, съ обильнымъ гнойнымъ осадкомъ, массою туберкулезныхъ палочекъ. Предстательная железа увеличена, лѣвая ея доля меньше, но плотнѣе правой; послѣдняя мягче, пронизана массою мелкихъ узелковъ. При легкомъ массажѣ изъ железы черезъ уретру получается много гноя, богатаго туберкулезными палочками.

И этотъ больной въ клиникѣ поправился, мочиться сталъ рѣже и съ меньшею болью.

**Hypertrophia prostatica** наблюдалась у 6-ти больныхъ. Самый младшій изъ нихъ былъ 60, а старшій — 77 лѣтъ. У трехъ въ молодости были многократныя перелойныя заболѣванія; всѣ почти были онанистами; у 4-хъ найденъ артеріосклерозъ, у одного nephrolithiasis, у 3-хъ — суженіе уретры и еще у одного нефритъ, признаки почечной колики и песокъ въ мочѣ. Признаки гипертрофіи железы начались у 3-хъ около 3-хъ лѣтъ назадъ, у 2-хъ уже около 10-ти лѣтъ, а у одного (63 л.) только съ годъ. Увеличеніе железы у пяти изъ этихъ старцевъ было почти равномерное и только у одного преобладало увеличеніе лѣвой доли. Являлись больные въ клинику съ запущенной болѣзью, во 2-мъ или даже 3-мъ ея періодахъ. У всѣхъ была уже значительная атонія пузыря, а трое изъ нихъ уже давно безъ катетера не могли мочиться; у 2-хъ былъ восходящій гнойный піелитъ; у 5 — циститъ съ мочою щелочной (3) или слабо кислой (2). У одного катетеризація вызвала острый эпидидимитъ. Общее состояніе у всѣхъ было плохо.

Лѣченіе состояло прежде всего въ установленіи правильнаго, систематическаго опоражниванія и очищенія пузыря, что достигалось періодической катетеризаціей и промываніями. Внутри назначались, обыкновенно, уротропинъ, салолъ, арбутинъ и т. п. Съ атоніей боролись катетеризаціей, какъ сказано, а такъ же электризаціей пузыря.

Больные уходили изъ клиники съ значительнымъ улучшеніемъ общаго состоянія и съ рѣзкимъ уменьшеніемъ всѣхъ болѣзненныхъ признаковъ.

**Neoplasma prostatica** наблюдалась у двухъ больныхъ.

*Первый*, 58-ми лѣтъ, рабочій, лежалъ въ клиникѣ съ 9 марта по 14 апрѣля 1907 года. Въ молодости онъ долго и много онанировалъ, потомъ нѣсколько разъ имѣлъ перелой небрежно лѣченный, съ раннихъ лѣтъ (17) сталъ злоупотреблять алкоголемъ, давно уже страдаетъ геморроемъ и болѣе 6-ти лѣтъ жалуется на частое и затрудненное мочеиспусканіе, особенно по ночамъ.

Послѣ нѣсколькихъ дней пьянства, 3-го марта у больного произошло задержаніе мочи, послѣдняя была выпущена катетромъ; съ этого дня безъ катетера больной уже ни разу

не мочился, моча въ послѣднихъ порціяхъ окрашивалась кровью, стала вся мутною и зловонною. Катетеръ по 4—5 разъ въ сутки вводилъ себѣ самъ.

Въ мочевомъ осадкѣ находимы были въ клиникѣ ворсинны съ обычнымъ для нихъ строеніемъ, а 13-го марта цистоскопъ ясно показалъ, что въ лѣвой половинѣ пузыря лежитъ большая, бугристая и ворсинчатая опухоль. Предстательная железа увеличена; особенно велика, плотна и бугриста ея лѣвая доля. При двойномъ изслѣдованіи стало очевидно, что пузырная опухоль имѣетъ тѣсную связь съ лѣвою долею простаты.

Лѣченіе проводилось симптоматическое, такъ какъ отъ предложенной радикальной операціи больной отказался. Состояніе его все-таки значительно улучшилось, моча стала чище, позывы рѣже, кровь къ мочѣ не примѣшивалась, атонія уменьшилась до 1<sup>2</sup>.

*Второй* больной, 65-ти лѣтъ, лежалъ въ клиникѣ только съ 14 по 18 ноября 1906 года.

И здѣсь въ анамнезѣ былъ долгій онанизмъ, а потомъ съ 20-го года жизни перенесенъ былъ цѣлый рядъ перелойныхъ заболѣваній, поведшихъ къ значительному суженію уретры. Около 15-ти лѣтъ уже больной мочится часто и съ трудомъ, особенно по ночамъ. Съ іюня 1906 г. позывы стали особенно часты и болѣзненны, бывали и задержанія мочи. За послѣдніе мѣсяцы моча стала окрашиваться кровью.

Моча теперь кровавая, цвѣта кофейной гущи, съ массою кровяныхъ сгустковъ, щелочная и зловонная. Общее состояніе совсѣмъ плохо. Мочится по 1—2 и 3 раза въ часъ съ рѣзкою болью. Предстательная железа большая, плотная, почти твердая, бугристая, съ яблоко величиной. При двойномъ изслѣдованіи найдена въ пузырьѣ другая большая опухоль, тѣсно связанная съ простатою. Цистоскопированіе не давало, по случаю кровотеченія въ пузырьѣ, надежныхъ данныхъ. Паховыя железы увеличены, тверды, безболѣзненны.

Лѣченіе проводилось тоже симптоматическое, такъ какъ радикальная операція при такомъ состояніи больного была безцѣльна. Былъ взятъ домой родными и, какъ стало извѣстно, черезъ нѣсколько дней больной скончался.

*Calculus prostaticae* наблюдался въ одномъ случаѣ у крестьянина 52-хъ лѣтъ, лежавшаго въ клиникѣ съ 15 ноября 1906 г. по 11 марта 1907 г. Отецъ его умеръ отъ пьянства, мать—отъ чахотки легкихъ; родной братъ страдалъ каменной болѣзнію. Самъ больной съ 20-ти лѣтъ тоже много пьетъ водки. 20 лѣтъ назадъ ушибъ лѣвый бокъ (область почки), лежалъ въ постели 6 недѣль. Бывала ли послѣ ушиба кровь въ мочѣ—не помнить.

Уже лѣтъ пять послѣ мочеиспусканія у больного, помимо его воли и желанія, часть мочи начала подтекать въ бѣлье; позывы на мочу все учащались и сдѣлались болѣзненными. Моча стала выходить самопроизвольно; сначала по ночамъ въ снѣ, а затѣмъ и днемъ—въ первое время не часто; наконецъ стала вытекать непрерывно капля за каплей и днемъ и ночью. Уже года три больной носитъ приспособленіе (тряпки) для собиранія подтекающей мочи. Несмотря на подтеканіе мочи позывы все-таки бываютъ въ сутки разъ 20 и болѣе. Моча выходитъ вялой струйкой, съ рѣзкою болью и въ концѣ такого мочеиспусканія показывается нѣсколько капель чистой крови; боли при этомъ становятся интенсивными, распространяются на промежность, анусъ, мошонку и головку penis.

Общее состояніе таково: ежедневная лихорадка, малокровіе, рѣзкій упадокъ питанія, слабость, апатія. Атонія пузыря. Моча мутная, гнойно-кровавая, щелочная и зловонная. При двойномъ изслѣдованіи железы и изслѣдованіи уретры металлическимъ щупомъ въ простатѣ найденъ камень. Простата съ яблоко величиной, тверда, болѣзненна, даетъ ощущение (пальцу in recto) нѣжной кренипации.

Съ большими затрудненіями поставленъ былъ катетеръ à demeure. Черезъ день, при переѣмѣ катетра вышло около 60 к. с. зловоннаго, жидкаго гноя изъ простаты. Еще черезъ день появились затеки гноя въ клѣтчатку penis, мошонки и промежности. Затекъ были вскрыты, при чемъ въ глубинѣ раны на penis видно было омертвленіе на протяженіи 4<sup>1</sup>/<sub>2</sub>—5 сант. нижней стѣнки уретры, черезъ промежностную рану удалено было пинцетомъ изъ простатическаго мѣшка до 20 фасеточныхъ камней, отъ горошины до 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> грецкаго орѣха величиной, фосфатовъ (съ небольшою примѣсью углекислой извести). Больной

сталь поправляться, рана на промежности зажила; недостающая часть уретры потребовала повторной пластической операции и тоже совершенно зажила. Б. ушелъ домой здоровымъ.

### Заболѣванія почекъ и ихъ лоханокъ.

*Pyelitis ascendens* былъ наблюдаемъ во многихъ случаяхъ, но большей части въ качествѣ осложненій при стриктурахъ уретры, циститахъ, пузырныхъ камняхъ и т. д.

У двухъ изъ нашихъ больныхъ пѣлитъ былъ, вѣроятно, перелойнаго происхожденія.

У первого, 23-хъ лѣтъ, увеличена и болѣзненна, легко прощупывается лѣвая почка. Признаковъ паренхиматознаго пораженія ея нѣтъ. Въ наличности имѣется перелойный уретро-циститъ съ гококками. Больной лежитъ въ клиникѣ съ пѣлитомъ уже не въ первый разъ.

У второго больного 28-ми лѣтъ, пѣлитъ развился при наличности суженія уретры, гнойнаго гококковаго простатита и уретро-цистита. Въ анамнезѣ—многократныя перелойныя заболѣванія. Увеличена и болѣзненна также лѣвая почка.

*Pyelonephritis* наблюдался у В. Г.—на 52-хъ лѣтъ, у котораго страданіе лѣвой почки многолѣтнее; въ мочѣ многочисленные зернистые цилиндры. Почка увеличена, легко прощупывается, болѣзненна. По временамъ появлялись приступы почечной колики, продолжающіеся по 2—3 дня. Въ такіе періоды почка увеличивалась до значительныхъ размѣровъ. Дѣло обыкновенно начиналось выходомъ съ мочою большихъ количествъ гноя (мочевой кружки), боли исчезали и тѣмъ припадокъ оканчивался. Съ мочей никогда не выходило ни камней, ни песку. Такіе припадки во время пребыванія больного въ клиникѣ повторялись два раза. Моча щелочная, вонючая, гнойная. Лихорадка, истощеніе и ясные признаки хронической уремии.

Отъ операціи больной отказался.

*Pyelitis calculosa* наблюдался въ одномъ случаѣ у больного К. Г. 52-хъ лѣтъ, въ анамнезѣ у котораго былъ многократный перелой; съ 39-ти лѣтъ, появились припадки почечныхъ коликъ, гнойная и по временамъ кровавая моча; болѣла лѣвая почка, съ мочей выходили камешки. 42-хъ лѣтъ больному сдѣлано было камнедробленіе; 43-хъ лѣтъ онъ перенесъ жестокой припадокъ почечной колики и едва не погибъ отъ уремии. Вскорѣ послѣ того ему пришлось сдѣлать промежностное сѣченіе для удаленія камня, вѣроятно, (судя по припадкамъ), застрявшаго въ простатической части уретры. 50-ти лѣтъ больному для удаленія новаго пузырнаго камня, сдѣлано было высокое сѣченіе.

При поступленіи въ клинику найдена гипертрофія предстательной железы, преимущественно лѣвой ея доли; лѣвая почка увеличена, прощупывается. Цистоскопъ показалъ, что примѣсь гноя къ мочѣ получается главнымъ образомъ изъ лѣвой почки. Кріоскопія и химическое изслѣдованіе указывали на то, что функциональная дѣятельность почекъ рѣзко понижена. На хорошій результатъ нефротоміи или нефректоміи, слѣдовательно, рассчитывать было невозможно. Больной ушелъ изъ клиники съ облегченіемъ.

Къ тому же роду страданія должна быть отнесена болѣзнь А. П.—ва, 54-хъ лѣтъ, лежавшаго въ клиникѣ въ концѣ 1906 года. Онъ принятъ былъ съ фистулезнымъ ходомъ въ области лѣвой почки. Ложится въ клинику во 2-й разъ. Нѣсколько мѣсяцевъ назадъ здѣсь же въ андрологической клиникѣ больному сдѣлана была лѣвосторонняя нефротомія, по поводу почечныхъ камней; послѣдніе были удалены, больной оправился и вышелъ тогда съ небольшою фистулою, выдѣлявшей только нѣсколько капель гноя. Въ настоящее пребываніе въ клиникѣ рентгеноскопія и неоднократныя изслѣдованія зондомъ фистулезнаго хода, для этого даже расширявагося, каждый разъ давали отрицательный результатъ, хотя длительное нагноеніе и упорное незаживаніе свища съ несомнѣнностью указывало на то, что гдѣ-то въ глубинѣ лежитъ раздражающее ткани постороннее тѣло, вѣроятно, осколокъ камня.

Больной вышел из клиники с прежней фистулой. От операции отказался. В мочѣ есть примѣсь гноя.

*Neoplasma renis sin.* Съ 15-ти до 25-ти лѣтъ больной ежегодно и подолгу страдалъ маляріей; 4 года назадъ появились частые позывы на мочу, продолжавшіеся съ годъ. Въ декабрь 1905 г., безъ всякаго повода, моча сдѣлалась кровавой. Лежалъ 20 дней въ больницѣ, кровотеченіе прекратилось на 1½ года, въ теченіе которыхъ работалъ и чувствовалъ себя хорошо. Съ іюля 1906 г. кровотеченія возобновлялись нѣсколько разъ на 15—20 дней, а съ 8 февраля 1907 года они стали непрерывными. Легъ въ клинику 28-го февраля.

Лѣвая почка велика, болѣзненна, прощупывается. Мочится 12—15 разъ безъ боли, моча кровавая, щелочная; въ осадкѣ — много зернистыхъ цилиндровъ и почечнаго эпителия. Prostata атрофична.

Въ свѣтлый промежутокъ, между кровотечениями, удалось сдѣлать цистоскопированіе, при чемъ оказалось, что кровь примѣшивается къ мочѣ изъ лѣвой почки.

Общее состояніе больного было крайне плохо: лихорадка 37,5 — 39,0, апатія, высокая степень малокровія, отеки, тошнота, рвота, сонливость. Въ крови только 15% гемоглобина, 1.325.000 эритроцитовъ и 6.000 лейкоцитовъ.

Отъ операции больной самъ отказался. Лѣченіе проводилось симптоматическое. Больной нѣсколько оправился, но по выходѣ изъ клиники, вскорѣ дома скончался.

Былъ еще одинъ, заслуживающій вниманія, случай страданія у больного Н. Г., 49-ти лѣтъ, сущность котораго осталась невыясненою, но трактованнаго какъ новообразованіе почки.

Въ амбулаторіи андрологической клиники принято было 796 больныхъ, изъ которыхъ многимъ оказаны были различныя оперативныя пособія, наиримѣръ, удаленіе инородныхъ тѣлъ уретры и мочевого пузыря, операции парафимоза, incisio orificiі externi, вскрытіе бубоновъ, періуретральныхъ абсцессовъ, цистоскопіи и т. п.

---

# Отчетъ о дѣятельности конференціи врачей Императорской Екатерининской Больницы за 1906—07 академическій годъ.

---

Конференція врачей Императорской Екатерининской больницы за истекшій 1906—7 академическій годъ имѣла одно неочередное годовое засѣданіе подъ почетнымъ предѣдательствомъ ректора университета А. А. Мануилова. На неочередномъ засѣданіи произнесли рѣчи: проф. П. М. Поповъ, проф. А. В. Мартыновъ, прив.-доц. Г. П. Россолимо и почетный предѣдатель А. А. Мануиловъ. Очередныхъ засѣданій было 23, на которыхъ предѣдателями были: 1) К. Я. Бабаевъ; 2) А. А. Вагановъ; 3) П. А. Воффъ; 4) В. С. Дѣвницкій; 5) А. С. Егоровъ; 6) А. П. Заболотскій; 7) К. К. Нвенсенъ; 8) А. В. Мартыновъ; 9) К. К. Насель; 10) В. Ф. Поляковъ; 11) Г. П. Россолимо и 12) А. А. Фейденгольдъ. Секретарями конференціи были: А. А. Соколовъ и П. А. Вишкаревъ.

На одномъ изъ очередныхъ засѣданій конференціи было постановлено принять участіе въ чествованіи Обществомъ русскихъ врачей 25-лѣтія со дня кончины Н. П. Пирогова.

Участіе выразилось въ произнесеніи секретаремъ конференціи А. А. Соколовымъ приветственной рѣчи на торжественномъ засѣданіи, состоявшемся 25 ноября 1906 г.

Дѣйствительныхъ членовъ конференціи было 42.

Всѣхъ докладовъ съ демонстраціей больныхъ, макро и микроскопическихъ препаратовъ, инструментовъ и рисунковъ было 56: изъ терапевтической клиники — 15, изъ хирургической — 25, изъ невропатологическаго отдѣленія — 6, изъ андрологической клиники — 4 и изъ гинекологическаго отдѣленія — 6.

## *Изъ терапевтической клиники:*

1. К. Я. Бабаевъ. Случай биліарнаго цирроза Гано.
2. К. Я. Бабаевъ. Случай хлоранеміи.
3. К. Я. Бабаевъ | Демонстрація больного съ парывомъ легкаго, оперированнаго по поводу этого заболѣванія.  
и А. А. Соколовъ. |

4. П. А. Виникаревъ. Случай splenomegalia anaemica et myxoedema.
5. А. С. Егоровъ. Демонстрація больного съ stenosis ostii aortae.
6. А. С. Егоровъ. Демонстрація анатомического препарата сердца съ рѣдкой локализацией суженія ostii arteriosi.
7. А. М. Кезельманъ. Демонстрація больной съ lues cordis.
8. А. М. Кезельманъ. Случай истеріи, симулировавшей злокачественное новообразование.
9. К. А. Крюгеръ. Случай сывороточной болѣзни послѣ вспрывиванія познвалентной сыворотки.
10. В. Ф. Поляковъ. Крупозное воспаление съ исходомъ въ абсцессъ и плевритъ съ необычной цитологической формулой.
11. В. Ф. Поляковъ. Приложение метода отвлеченія при нефритахъ.
12. П. П. Ластовскій. Morbus Banti.
13. П. П. Ластовскій. Случай anaemiae gravis et gangraenae tonsillarum.
14. М. Я. Санаровъ. Случай лейкеміи.
15. М. Я. Санаровъ. Случай апластической лейкеміи.

*Изъ хирургической клиники:*

1. К. К. Ивсенъ. Случай тропического нарыва печени.
2. К. К. Ивсенъ. Случай ангиомы головы (по поводу бывшей операци).
3. К. К. Ивсенъ. Лѣченіе гипереміей по Bier'у (демонстрація препаратовъ и больныхъ).
4. К. К. Ивсенъ. Демонстрація больного съ множественной опухолью брюшной полости.
5. К. К. Ивсенъ. Случай кровотечения послѣ пункции живота.
6. А. В. Мартыновъ. Нѣсколько случаевъ такъ называемой „colica appendicularis“.
7. А. В. Мартыновъ. Случай саркомы нижней челюсти съ предъявленіемъ больного послѣ операци.
8. А. В. Мартыновъ. Случай оперированнаго гнойнаго перитонита.
9. А. В. Мартыновъ. Демонстрація больной, оперированной по случаю желчно-каменной болѣзни.
10. В. А. Мещерскій. Случай cicatrix post ambusturam.
11. В. А. Мещерскій. Случай lipoma sarcomatodes бедра.
12. В. А. Мещерскій. Случай злокачественнаго новообразованія, возникшаго изъ задержавшагося яичка.
13. Б. А. Монастыревъ. Случай смерти отъ хлороформа.
14. П. П. Никольскій. Демонстрація препарата тератомы.
15. П. П. Никольскій. Случай сиренгоміели.

16. П. П. Никольскій. Демонстрація больной съ *hydrops vesicae felleae*.
17. А. А. Соколовъ. Случай *elephantiasis scroti*.
18. А. А. Соколовъ. Случай ангиомы.
19. А. А. Соколовъ. Демонстрація препарата саркомы (мелано-тической) бедра.
20. А. А. Соколовъ. Демонстрація препарата саркомы фаланги пальца.
21. А. П. Сребрянская. Случай *cholelithiasis*.
22. А. А. Фейденгольдъ. Демонстрація больного со слоновымъ перерожденьемъ лѣвой нижней конечности.
23. А. А. Фейденгольдъ. Демонстрація больного, оперированнаго по поводу анкилоза нижней челюсти.
24. А. А. Фейденгольдъ. Случай карциномы толстой кишки.
25. А. А. Фейденгольдъ. Демонстрація больныхъ, оперированныхъ по поводу зоба. Предъявленіе макроскопическихъ и микроскопическихъ препаратовъ.

*Изъ невропатологическаго отдѣленія:*

1. П. П. Карначевъ. Случай новообразованія позвоночника въ шейной его части.
2. Г. И. Россолимо. Отсутствіе ушной сережки, какъ признакъ туберкулезной дегенерации.
3. Г. И. Россолимо. Демонстрація мозгового топографа, фантома мозга и клинической фонографіи.
4. В. К. Хорошко. Два случая травматическаго раненія нервной системы.
5. В. К. Хорошко. Случай болѣзни *Кожевникова*.
6. В. К. Хорошко. Демонстрація больной къ ученію о клинической формѣ *Кожевникова*.

*Изъ андрологической клиники:*

1. П. Ф. Богдановъ. О простатическихъ камняхъ. Демонстрація больного. (Предварительное сообщеніе.)
2. П. Ф. Богдановъ. О простатическихъ камняхъ.
3. Е. Ф. Вашкевичъ. Случай *situs inversus*.
4. Р. М. Фроштейнъ. Случай двухлѣтняго пребыванія инороднаго тѣла въ мочевомъ пузырь.

*Изъ гинекологическаго отдѣленія:*

1. В. А. Александровъ. Демонстрація препарата фиброміомы матки.
2. В. А. Александровъ. Демонстрація препарата двусторонняго раковаго перерожденія придатковъ и матки.



3. В. А. Александровъ. Два случая рака матки въ раннемъ возрастѣ больной.
  4. В. Г. Дикъ. Случай pyosalpinx bilateralis съ демонстраціей препарата.
  5. М. С. Френкель. Демонстрація препарата множественной фибромы матки.
  6. М. С. Френкель. Демонстрація препарата саркомы яичника.
-

Императорскій Московскій Университетъ

---

ЕЖЕГОДНИКЪ  
ИМПЕРАТОРСКОЙ  
ЕКАТЕРИНИНСКОЙ  
БОЛЬНИЦЫ.

ВЫПУСКЪ ВТОРОЙ.

---

1907 — 1908 академическій годъ.

Печатается на основаніи постановленія Медицинскаго Факультета Императорскаго Московскаго Университета.

*Деканъ Д. Зерновъ.*

Москва, 9 ноября 1909 г.

# СОДЕРЖАНІЕ.

## I. Оригинальныя статьи.

	<i>Стр.</i>
1. Поляковъ, В. Ѳ. О нѣкоторыхъ свойствахъ сыворотки крови при ракъ и злокачественномъ малокровіи . . . . .	1
2. Онъ же. Случай стафилококковаго энцефалита . . . . .	13
3. Эйтвидъ, А. А. О плевритическихъ экссудатахъ съ эозинофильной формuloй . . . . .	18
4. Абесаломовъ, Д. Е. Случай хронической дизентеріи . . . . .	27
5. Хорошко, В. К. Клиническія наблюденія въ связи съ punctio lumbalis . .	35
6. Ивенсенъ, К. К. Хроническое анкилозирующее воспаленіе позвоночника ..	74
7. Дьяконовъ, П. П. Къ вопросу о дивертикулахъ червеобразнаго отростка ..	82
8. Смиттенъ, А. Г. Къ казуистикѣ раненій мочевого пузыря при грыже-сѣченіи . . . . .	87
9. Богдановъ, П. Ф. О простатическихъ камняхъ . . . . .	92

## II. Обзоры врачебной дѣятельности клиническихъ отдѣленій Императорской Екатерининской больницы.

1. Терапевтическая клиника . . . . .	147
2. Нервное клиническое отдѣленіе . . . . .	162
3. Хирургическая клиника . . . . .	179
4. Андрологическая клиника . . . . .	217
5. Гинекологическое клиническое отдѣленіе . . . . .	233

## III. Отчетъ о дѣятельности Конференціи врачей Императорской Екатерининской больницы за 1907—1908 академическій годъ 237

Личный составъ клиникъ больницы . . . . .	240
Мартыновъ, А. В. Андрей Ивановичъ Поль. (Приложеніе въ началѣ книги).	

**Андрей Ивановичъ Поля, первый профессоръ хирургической  
госпитальной клиники Московскаго университета <sup>1)</sup>.**

1794 — 1864.

Пятьдесятъ лѣтъ назадъ закончилась дѣятельность Андрея Ивановича Поля въ Екатерининской больницѣ. Первый профессоръ госпитальной хирургической клиники Московскаго университета заслуживаетъ памяти не только въ Екатерининской больницѣ, гдѣ онъ въ теченіе почти сорока лѣтъ состоялъ старшимъ врачомъ, но и далеко за ея стѣнами.

Дѣятельность А. И. Поля, какъ хирурга, относится къ тому интересному времени, когда хирургія въ Москвѣ только начиналась. Онъ былъ однимъ изъ первыхъ по времени московскихъ хирурговъ, а въ теченіе многихъ лѣтъ однимъ изъ самыхъ выдающихся.

Въ предлагаемомъ краткомъ очеркѣ я постараюсь, насколько въ моихъ силахъ, возобновить уже угасающую память объ этомъ интересномъ дѣятелѣ прошлаго.

Андрей Ивановичъ Поля, сынъ „иностранца прусской націи“, родился въ 1794 году (2 февраля) въ Петербургѣ. По окончаніи курса въ С.-Пб. нѣмецкой Петропавловской школѣ, онъ опредѣлился въ 1809 году, по желанію своего отца, въ контору датскаго консула, купца Нимана въ Кронштадтѣ, гдѣ и пробылъ полтора года. Не чувствуя однако никакого призванія къ коммерческимъ дѣламъ, П., по совѣту своего брата, студента-медика, поступилъ въ С.-Пб. Медико-хирургическую академію. Находясь въ академіи, онъ пользовался „особою благосклонностью“ извѣстнаго въ то время хирурга, профессора И. Ѳ. Буша, которому и былъ обязанъ первыми свѣдѣніями въ теоретической и оперативной хирургіи. Окончивъ черезъ 4 года курсъ академіи (1815), П. въ теченіе 2½ лѣтъ занимался волонтеромъ въ Обуховской больницѣ. И здѣсь онъ съ особенною любовью занимался

---

<sup>1)</sup> Сообщено въ годичномъ засѣданіи Общества Русскихъ Хирурговъ въ Москвѣ 12 окт. и въ Конференціи врачей Императорской Екатерининской больницы 25 октября 1909 года.

хирургіей подъ руководствомъ д-ра Лерха, много содѣйствовавшаго медицинскому образованію своего ученика. Вскорѣ Полю представляется удобный случай побывать за границей: онъ принялъ предложеніе сопровождать въ качествѣ врача нѣкоего М. И. Полетику, и въ теченіе двухлѣтняго съ нимъ странствованія имѣлъ возможность посѣщать университеты и лѣчебныя учрежденія Вѣны, Берлина, Парижа, Лондона, Неаполя и другихъ городовъ. Затѣмъ въ теченіе года Поля состоитъ домашнимъ врачомъ семьи князей Голицыныхъ. Сначала онъ жилъ въ этой семьѣ во Владимирѣ, но уже менѣе года спустя переселяется въ Москву, куда кн. Дмитрій Владимировичъ Голицынъ былъ назначенъ военнымъ генераль-губернаторомъ. „Люди разныхъ партій и во всемъ противоположныхъ мнѣній“, говоритъ о Голицынѣ А. О. Кошн<sup>1)</sup>, „сходятся въ высокої оцѣнкѣ ума и душевныхъ качествъ этого человѣка...: слушатель въ нѣсколькихъ германскихъ университетахъ, отважный въ бояхъ, независимый и ненуждавшійся ни въ средствахъ, ни въ службѣ... екатерининскій вельможа по пріемамъ, передовой человѣкъ своего времени по идеямъ“. Успѣшность многихъ начинаній Гааза, какъ извѣстно, часто бывала обязана сочувствію и содѣйствію князя Голицына. Знакомство съ новоназначеннымъ военнымъ губернаторомъ имѣло, какъ увидимъ, громадное значеніе въ жизни Поля.

Время, проведенное у кн. Голицыныхъ, А. И. не тратилъ даромъ: онъ готовился къ докторскимъ экзаменамъ, которые и сдалъ въ Московской Медико-хирургической академіи въ 1820 г. Вслѣдъ за сдачей экзаменовъ защитилъ диссертацию подъ заглавіемъ: „Dissertatio inauguralis medicopractica de rubefacientium et vesicantium ac praecipue de cantharidum externo usu“<sup>2)</sup>.

Около этого времени умеръ старшій врачъ Екатерининской больницы, штабъ-лѣкаръ Оедоръ Ивановичъ Граве, и кн. Голицынъ 11 авг. 1820 г. назначаетъ на его мѣсто своего врача. Врядъ ли въ то время иначе, какъ по протекціи замѣнялись такія должности. Но во всякомъ случаѣ на этотъ разъ выборъ генераль-губернатора, назначившаго старшимъ врачомъ молодого, трудолюбиваго хирурга, былъ вполне удаченъ. Ознакомившись съ больницей, новый старшій врачъ нашелъ ее „въ большемъ запущеніи“. Недостатки больницы подробно изложены имъ брошюрѣ „Sur l'état actuel de l'hôpital de Catherine à Moscou“, читанной авторомъ въ 1821 году въ торжественномъ собраніи физико-медицинскаго общества въ присутствіи генераль-губернатора кн. Д. В. Голицына. Докладъ Поля возымѣлъ надлежащее дѣйствіе, и кн. Голицынъ не замедлилъ устранить недостатки больницы, указанные Полемъ, „насколько то допускало ветхое ея строеніе“. Боль-

<sup>1)</sup> „О. И. Гаазъ“.

<sup>2)</sup> Степень доктора медицины и хирургіи А. И. Поля получилъ черезъ 4 года послѣ сдачи экзаменовъ и защиты въ той же академіи диссертаци: „De tumore lymphatico“. Mosquae. 1824.

ница помѣщалась дѣйствительно въ ветхихъ зданіяхъ бывшаго каран- тина, на томъ мѣстѣ, гдѣ теперь находится „Старо-Екатерининская“ больница. Зданія были чрезвычайно плохи, и Поля, пользуясь поддерж- кой кн. Голицына, сталъ съ перваго же года подыскивать болѣе удобное помѣщеніе для больницы.

Но самымъ непріятнымъ обстоятельствомъ для Поля было далеко не блестящее состояніе собственно медицинскаго дѣла. Положеніе же хирургіи было поистинѣ жалко. По штатамъ 1787 года полагалась должность „оператора“ съ содержаніемъ 350 рублей ассигнаціями въ годъ. Операторъ не долженъ былъ обладать дипломомъ лѣкаря и въ перечнѣ чиновъ больницы стоялъ не очень высоко: штабъ-лѣкарь, три лѣкаря, четыре подлѣкаря, восемь учениковъ, смотритель, *опера- торъ* и т. д. Съ 1783 по 1810 годъ обязанности оператора несъ никто И. П. Венедиктовъ. Рихтеръ такъ рассказываетъ о немъ и его обуче- ніи: „Въ 1716 году прибылъ въ Москву операторъ каменныхъ болѣз- ней по имени Фотій Николаевъ... Сей Фотій привезъ съ собою уче- ника изъ Македоніи по имени Дмитрія Минаева, который впослѣдствіи былъ ученикомъ своего зятя, извѣстнаго въ Москвѣ оператора Пвана Петровича Венедиктова. Фотій и Минаевъ пріобрѣли эмпирическую способность вырѣзывать камень“... Итакъ, и они и Венедиктовъ были въ сущности знахарями-камнесѣками. Впрочемъ Венедиктовъ, послѣ практики при Петербургскомъ госпиталѣ и выдержаніи какого-то испы- танія, получилъ отъ Медицинской Коллегіи формальное право про- изводить свои операціи повсемѣстно въ Россіи. „Многочисленныя опе- раціи его, какъ говорятъ, были довольно удачны“,—пишетъ Оверъ,— „несмотря на небрежное лѣченіе послѣ оныхъ“. Камнесѣченія онъ совершалъ, привязывая больного на особаго устройства столъ, въ видѣ андреевскаго креста. Въ 1810 году Венедиктовъ умеръ, и освободив- шуюся должность, повидимому, было нечѣмъ замѣстить; послѣ него въ больницѣ „уже никто не занимался камнесѣченіемъ, которое еще въ то время вообще находилось въ рукахъ знахарей“. Вѣроятно, и во- обще операціи въ больницѣ не производились, или производились въ самыхъ исключительныхъ случаяхъ.

Поля взялъ на себя хирургическое дѣло въ больницѣ, вскорѣ по- казавъ себя незауряднымъ хирургомъ. Онъ самъ производилъ почти все случавшіяся въ больницѣ операціи, число которыхъ, особенно камнесѣченій, въ скоромъ времени сильно возросло.

Итакъ, до начала дѣятельности Поля въ Екатерининской больницѣ хирургіи въ сущности не было. Изъ другихъ лѣчебныхъ учрежденій Москвы заслуживаетъ особаго упоминанія лишь Маріинская больница для бѣдныхъ, въ которой въ то время оперировалъ въ качествѣ кон- сультанта извѣстный тогда хирургъ, профессоръ Оедоръ Андреевичъ Гильтебрандтъ. Онъ первый изъ *врачей* сталъ производить въ Москвѣ операцію камнесѣченія. За время его консултантства въ Маріинской больницѣ было произведено имъ и другими врачами до 200 камнесѣ-

чений (Оверъ). Повидимому, Гильтебрандтъ былъ въ началѣ двадцатыхъ годовъ XIX столѣтія единственнымъ въ Москвѣ широко оперировавшимъ хирургомъ. Старше Поля онъ былъ на 20 слишкомъ лѣтъ.

Въ теченіе немногихъ лѣтъ А. И. Поль значительно развилъ хирургическую дѣятельность больницы; по количеству операций она стала превышать всѣ другія больницы, кромѣ Маріинской, вмѣстѣ взятыя (Оверъ). Однихъ камнесѣченій производилось въ среднемъ около 30 въ годъ. Въ этой области Поль врядъ ли имѣлъ соперниковъ въ цвѣтущую пору своей дѣятельности. Камнесѣченіе — обыкновенно боковое — вмѣстѣ съ наложеніемъ повязки занимало минуты четыре времени. Всего имъ самимъ или подъ его руководствомъ сдѣлано въ Екатерининской больницѣ болѣе 1500 камнесѣченій <sup>1)</sup> и приблизительно 200 камнедробленій.

Въ этой послѣдней операциі Поль явился въ Москвѣ новаторомъ. Въ 1828 году по его ходатайству Приказомъ Общественнаго Призрѣнія (въ вѣдѣніи котораго находилась больница) былъ приобретень за 1000 рублей полный наборъ инструментовъ для камнедробленія Сивіаля. Пользуясь въ началѣ инструментами Civiàle'я, Поль первый въ Москвѣ сталъ производить камнедробленіе. Черезъ 10 лѣтъ въ Москвѣ былъ извѣстный Heurteloup, предложившій свой инструментъ для камнедробленія; послѣ того какъ онъ оперировалъ одного больного въ Екатерининской больницѣ своимъ *percuteur à marteau*, Поль оставилъ инструменты Сивіаля и перешелъ на камнедробленіе по Heurteloup. Какъ результатъ клиническаго опыта въ этой операциі, появляется нѣсколько печатныхъ работъ А. И. Поля и его учениковъ. Среди первыхъ заслуживаетъ наибольшаго вниманія „Ueber Lithotritie bei Kindern“. Въ этой статьѣ авторъ доказываетъ на основаніи своего клиническаго опыта, что литотритія, вопреки установившемуся общему мнѣнію, не только позволительна у дѣтей младшаго возраста (до 6 л.), но иногда настоятельно показана. Самое главное условіе операциі — небольшая величина камня, который можетъ быть раздробленъ тонкимъ ложечнымъ литотриторомъ безъ опасенія поломки инструмента; осколки камня должны быть удалены въ одинъ или — самое большее — въ два сеанса. Нѣтъ надобности вводить въ дѣтскій пузырь жидкость: достаточно для операциі извѣстнаго количества мочи въ немъ. Лучше всего оперировать черезъ полчаса послѣ мочеиспусканія. Изъ осторожности слѣдуетъ примѣнять исключительно ложечный камнедробитель. По диссертациі Э. Э. Клина <sup>2)</sup>, основанной на матеріалѣ проф. Поля, на 62 операциі камнедробленія у дѣтей (2—15 лѣтъ) было 6 случаевъ смерти —  $\frac{1}{10}$  смертности обычный въ то

<sup>1)</sup> Въ некрологѣ, помѣщенномъ въ „Моск. Вѣдом.“ 1864 г., № 145, указана цифра 3000, можетъ быть, общая для камнесѣченій и камнедробленій. Точную цифру въ настоящее время установить едва ли возможно въ виду утраты многихъ исторій болѣзни.

<sup>2)</sup> Показанія и противопоказанія къ камнедробленію. Дисс. М. 1860.



время при литотритии у взрослых. Значительно улучшились результаты операции камнедробления съ тѣхъ поръ, какъ *percuteur à marteau Heurteloup*’а былъ замѣненъ камнедробителями съ ключами. „Всѣ больные въ Екатерининской больницѣ“,—пишетъ Клинь,—„которымъ произведено было камнедробленіе съ тѣхъ поръ какъ стали употреблять такіе инструменты, выздоровѣли вполне, не представляя между сеансами никакихъ болѣзненныхъ припадковъ“. Надо было обладать высокою совершенной техникой, чтобы имѣть смѣлость выступить съ предложеніемъ о литотритии у дѣтей, когда этого никто не дѣлалъ, когда хирурги, и между ними Поль, оперировали несовершенными молотковыми раздробителями, о промывныхъ же и отсасывающихъ инструментахъ не было и рѣчи.

Операции при каменной болѣзни были преобладающими въ то время. Однако Поль не желалъ быть и не былъ узкимъ специалистомъ. Онъ оперировалъ все доступное для современной ему хирургіи. Изъ его печатныхъ работъ видно, что имъ предпринимались такія операции, какъ перевязка общей сонной артеріи при ея аневризмѣ<sup>1)</sup>, перевязка наружной подвздошной—одинъ разъ при травматической аневризмѣ бедренной, другой разъ—при аневризмѣ подколенной артеріи<sup>2)</sup>. Такія крупныя артеріи, повидимому, были перевязаны въ Москвѣ впервые А. И. Полемъ.

Одинъ разъ была сдѣлана резекція почти всей нижней челюсти по поводу саркомы (также впервые въ Москвѣ); одинъ разъ иссѣченіе половины н. челюсти по тому же поводу<sup>3)</sup>. Отмѣтимъ также операцию удаленія эхинококка изъ забрюшинной кѣлѣтчатки, операцию при *elephantiasis scroti et penis*, затѣмъ—обычныя операции, какъ грыжесѣченія, ампутаціи, вылушенія, глазныя операции и мн. друг.

О всѣхъ болѣе или менѣе важныхъ операціяхъ и интересныхъ ст.

1) Перевязана лѣвая сонная артерія по поводу аневризмы величиною съ дѣтскую головку. Операция (безъ наркоза!) была затруднительна вслѣдствіе тѣсноты операц. поля и глубокаго положенія артеріи. Черезъ двѣ недѣли послѣ перевязки вскрытъ нагноившійся аневризматическій мѣшокъ, а на 4-й недѣль послѣ 1-й операции—полное заживленіе. До поступленія въ Екатерининскую больницу больной лѣчился у знахарей, которые примѣняли между прочимъ прижиганіе; одинъ изъ нихъ проткнулъ аневризму шиломъ: кровотеченіе едва остановилось.

2) Въ первомъ случаѣ дѣло шло о больномъ 25 л., которому „лавошникъ“ только что сдѣлалъ операцию—проткнулъ ножомъ аневризму лѣв. бедр. артеріи у пупартовой связки. Аневризма съ „голову десятилѣтняго дитяти“. Перевязана *art. iliaca externa*, на 16-й день вскрытъ нагноившійся мѣшокъ, на 101-й оперированный выписанъ здоровымъ. Въ этомъ случаѣ Поль примѣнилъ особый имъ изобрѣтенный инструментъ для подведенія лигатуры, напоминавшій беллоковский зондъ.

3) Оба случая оперированы съ успѣхомъ. Въ первомъ изъ нихъ (удаленіе большей части н. челюсти) Поль примѣнилъ оригинальный разрѣзъ, предварительно испытанный на трупахъ: разрѣзъ проведенъ черезъ всю толщу нижней губы отъ праваго угла рта внизъ и влѣво до средней линіи у нижняго края челюсти; отсюда по нижнему краю вправо до уха. Такимъ образомъ, образованы два лоскута: правый приподымается вверхъ, лѣвый откидывается внизъ.

клинической стороны наблюденійхъ Поль такъ или иначе сообщалъ въ печати — въ видѣ статей или небольшихъ замѣтокъ, поддерживая интересъ къ своему учрежденію. Журналы пестрѣли небольшими сообщеніями и замѣтками изъ хирургическаго отдѣленія Екатерининской больницы. „Повѣдуя ученому свѣту“ все, что находилъ новаго и интереснаго въ своей области, Поль нигдѣ не выставлялъ себя на первый планъ, не гонялся за пріоритетомъ. Между тѣмъ, будучи иногда вообще новаторомъ, въ Москвѣ онъ былъ новаторомъ во многомъ.

Такъ, впервые въ Москвѣ хлороформный наркозъ былъ примѣненъ Полемъ въ Екатерининской больницѣ, 9 декабря 1847 года, съ полнымъ успѣхомъ. Припомнимъ, что Simpson сталъ примѣнять его въ Единбургѣ въ томъ же 1847 году, а въ Германіи хлороформъ сталъ широко примѣняться лишь съ 1849 г. Поль, ранѣе производившій усыпленіе эфиромъ, съ нетерпѣніемъ ожидалъ возможности примѣненія хлороформа. Въ Москвѣ его не было. „Трудность добыванія этого тѣла“, — читаемъ мы въ „Моск. Врач. журналѣ“ 1847—48 г., — „была причиною, что оно могло быть приготовлено г-мъ Лясковскимъ, преподающимъ въ университетѣ фармацевтическую химію, лишь только въ первыхъ числахъ декабря <sup>1)</sup>. Девятаго декабря у насъ въ Москвѣ профессоръ А. И. Поль первый произвелъ опытъ употребленія хлороформа при операциі камнесѣченія у десятилѣтняго мальчика, въ Госпитальной клиникѣ Московскаго Университета — и съ совершеннымъ успѣхомъ“ <sup>2)</sup>. Приведемъ изъ того же журнала описаніе перваго наркоза: „носовой платокъ, свернутый въ видѣ воронки и смоченный 45 каплями хлороформа, добытаго г-мъ Лясковскимъ, приложенъ былъ ко рту и носу больного такъ, что онъ могъ вдыхать усыпительное вещество безъ затрудненія. Тотчасъ мальчикъ сталъ жаловаться на боль въ глазахъ, лицо его покраснѣло, дыханіе и пульсъ нѣсколько ускорились и чрезъ 2½ минуты онъ крѣпко заснулъ, или, лучше сказать, погрузился въ совершенную безчувственность, изъ которой не могли пробудить его многократные уколы булавкою. Немедленно приступили къ операциі. При глубокомъ окончательномъ разрѣзѣ больной, какъ бы проснувшись, вскрикнулъ, но отъ поднесеннаго вновь ко рту свѣжаго хлороформа опять впалъ въ безчувствіе, продолжавшееся до самаго конца операциі и перевязки, сдѣланныхъ менѣе нежели въ 4 мин. Проснувшись и оправившись, почти вслѣдъ за операциею, больной ничего о ней не зналъ, не чувствовалъ никакой боли; на всѣ вопросы, касающіеся операциі, отвѣчалъ, что ничего не знаетъ и для удостовѣренія, что она произведена, просилъ показать ему камень“ <sup>3)</sup>.

Второй и третій наркозъ хлороформомъ были 12 декабря, четвер-

<sup>1)</sup> „Московский Врачебный журналъ“ 1847 г., кн. 4 (издано въ февралѣ 1848 г.), стр. 441.

<sup>2)</sup> Тамъ же.

<sup>3)</sup> Тамъ же, стр. 443.

тый—15-го. Слѣдующіе два наркоза были произведены для гостя — Н. И. Пирогова: онъ дѣлалъ литотомію у одного крестьянина, „привыкшаго къ употребленію спиртныхъ напитков“, а затѣмъ А. П. Поль—удаленіе полипа матки „у одной истеричной, обильными кровотечениями ослабленной, раздражительной и весьма стыдливой женщины... Но тутъ не было чистыхъ опытовъ надъ дѣйствіемъ хлороформа; въ обоихъ случаяхъ усыпленіе происходило чрезвычайно медленно: у женщины сопровождалось истеричными припадками, у крестьянина—сумасбродными движеніями. Поэтому, по настоящему желанію проф. Пирогова, въ послѣдствіи употребленъ былъ сѣрный эфиръ... Усыпленіе произошло не вдругъ, но было зато глубоко и продолжительно“<sup>1)</sup>).

Эфиръ, какъ уже выше упомянуто, былъ примѣненъ ранѣе: первая этеризація была произведена 7 февраля 1847 года въ факультетской хирургической клиникѣ проф. О. И. Иноземцева. Въ госпитальной хир. клиникѣ Екатерининской больницы проф. Поль примѣнилъ этеризацію впервые 21 марта того же года.

Изъ приведенныхъ краткихъ свѣдѣній, конечно, трудно составить себѣ ясное и достаточно полное представленіе о Полѣ — хирургѣ; однако изъ этихъ же свѣдѣній съ несомнѣнностью вытекаетъ, что Поль былъ хирургомъ недюжиннымъ, шедшимъ съ вѣкомъ наравнѣ.

Помимо хирургіи, Поль—отчасти въ силу обстоятельствъ—интересовался и вопросами изъ другихъ областей медицины. Такъ, въ Екатерининской больницѣ не разъ бывали открываемы отдѣленія для больныхъ холерою, и старшій врачъ, прежде стоявшій близко ко всѣмъ отдѣленіямъ больницы, не могъ не интересоваться и этой болѣзнью. Въ результатѣ — появляется популярная брошюра: „Краткое описаніе холеры; наставленіе, какъ лѣчить эту болѣзнь; какія мѣры нужно брать во время ея свирѣпствованія и правила для народа, какъ себя предохранить отъ оной. Москва 1830“. Второе изданіе вышло въ 1847 г., а раньше — въ 1831 — нѣмецкій переводъ.

Изъ другихъ отвлеченій въ сторону нельзя не упомянуть о попыткахъ Поля приблизиться къ рѣшенію вопроса о лѣченіи бѣшенства (rabies).

Исходя изъ положенія, что сущность болѣзни укушенныхъ бѣшеными животными (а такихъ больныхъ въ Екатерининской больницѣ было не мало), можно узнать, лишь изучая самихъ бѣшеныхъ животныхъ, Поль рѣшилъ устроить въ саду больницы своего рода ветеринарную клинику. Однако при осуществленіи задуманнаго встрѣтились серьезныя препятствія со стороны начальства, и, лишь благодаря настойчивости и энергіи Поля, помѣщенія для собакъ были устроены. Приказомъ Общ. Призрѣнія приводились между прочимъ слѣдующія соображенія противъ устройства такихъ помѣщеній (или

<sup>1)</sup> „Московскій Врачебный журналъ“ 1847 г., кн. 4 (издано въ февралѣ 1848 г.), стр. 446.

попросту 7 конуръ): „Если собакъ будетъ много, чѣмъ ихъ кормить — костей и помоевъ съ кухни можетъ не хватить...; тѣ бѣшенныя животныя, которыя укусывають человѣка, нужны для чего именно? То-есть въ разсужденіи ли излѣченія или для испытанія или другого чего? Если же оныя необходимо нужны, то какія средства можете (т.-е. Поль) предположить въ содержаніи ихъ, дабы никому вреда произойти не могло, ибо, излѣчивъ одного, не должно подвергать другихъ тому жъ“ (sic!) Затѣя съ „собачьей клиникой“ кончилась ничѣмъ; тайна бѣшенства не была открыта: не пришла еще для того пора, но, становясь на историческую точку зрѣнія, мы можемъ лишь съ уваженіемъ отнестись ко всѣмъ исканіямъ и стремленіямъ къ истинѣ поколѣній, намъ предшествовавшихъ.

Въ Екатерининской больницѣ, какъ, впрочемъ, и въ другихъ больницахъ первой половины XIX вѣка, не полагалось должности прозектора, и А. И. Поль самъ производитъ вскрытія — трудно сказать, всѣ ли. Во всякомъ случаѣ о многихъ изъ нихъ остались записи — или въ исторіяхъ болѣзней, или, кромѣ того, и въ печати. Такъ, въ „Mittheilungen aus dem Gebiete der Heilkunde“, 1845 года, вкратцѣ описаны 3 вскрытія (піемія, гидронефрозъ, гнойникъ мозга). Во „Врачебномъ Журналѣ“ 1847 г. приведены краткія описанія шести вскрытій, при которыхъ найдены: 1) каменистыя образованія въ желудочкахъ мозга; 2) инфарктъ лѣваго легкаго; 3) водянка околосердечной сумки; 4) pneumothorax; 5) желчные камни; 6) fungus ovarii. — Все, что особенно останавливало вниманіе Поля на вскрытіяхъ, такъ или иначе сохранялось въ основанномъ имъ „патологическомъ кабинетѣ“ Екатерининской больницы. Такъ, изъ приведенныхъ случаевъ были сохранены каменистыя образованія изъ желудочковъ мозга, 136 камней желчнаго пузыря; съ инфаркта легкаго сдѣланъ слѣпокъ изъ картона.

Коснемся теперь общественной и административной сторонъ въ дѣятельности А. И. Поля. Для Екатерининской больницы онъ оказалъ громадную услугу тѣмъ, что настоялъ на переводѣ ея въ то помѣщеніе, которое она занимаетъ въ настоящее время. Зданіе съ большою усадебной землею было куплено за 45 тысячъ слишкомъ рублей серебромъ и передѣлано по планамъ, выработаннымъ архитекторомъ Бове и А. И. Полемъ. Десять лѣтъ спустя, въ 1843 году, съ помощью архитектора Чигагова, Поль выстроилъ лѣтній деревянный корпусъ для перемѣщенія больныхъ на время ремонта зимняго корпуса. Постройка была выполнена очень скоро: 9 іюня былъ сданъ съ торговъ подрядъ, а 18 декабря зданіе принято готовымъ. Расположеніе палатъ, по коридорной системѣ, сдѣлано весьма цѣлесообразно. Обветшалое зданіе существуетъ до настоящаго времени.

Помимо постоянныхъ заботъ о Екатерининской больницѣ, Полю неоднократно приходилось давать совѣты или участвовать въ выработкѣ плановъ для другихъ больницъ. Такъ, въ двадцатыхъ годахъ

онъ участвовалъ въ работахъ комитета по постройкѣ градской больницы на 500 коекъ; затѣмъ устроилъ временную больницу для арестантовъ на 160 коекъ въ Покровскихъ казармахъ; составилъ „программу“, въ которой „изложены требованія современнаго больничнаго устройства“: этой программой пользовался комитетъ, образованный для учрежденія Полицейской больницы<sup>1)</sup>. Поль участвовалъ въ устройствѣ глазной больницы, устроилъ небольшую больницу на 12 коекъ при Пречистенской части; принималъ даже участіе въ устройствѣ больницы въ Клину. Повидимому, подъ вліяніемъ своего друга О. П. Гааза, Поль принимаетъ близкое участіе въ врачебныхъ и благотворительныхъ дѣлахъ по тюремному вѣдомству — въ тюремномъ комитетѣ и тюремной больницѣ, устроенной всецѣло по его проекту; въ ней онъ былъ и первымъ главнымъ докторомъ<sup>2)</sup>. Объ этомъ назначеніи въ формулярѣ А. И. Поля читаемъ слѣдующее: „Его Сіятельство Г. Московскій военный генералъ-губернаторъ (т.-е. кн. Д. В. Голицынъ), видя попеченіе, какое принималъ онъ (Поль) къ облегченію участи больныхъ арестантовъ тюремнаго замка, призналъ весьма полезнымъ назначить его... главнымъ докторомъ больницы онаго замка, оставаясь въ полной увѣренности, что онъ со свойственными ему дѣятельностью и усердіемъ, всегда на пользу страждущаго человѣчества обращенными, и въ семъ новомъ званіи оправдаетъ вполнѣ...“ довѣріе къ нему.

Итакъ, дѣятельность Поля какъ администратора сосредоточивалась главнымъ образомъ въ Екатерининской больницѣ. Ему она обязана переходомъ въ новое помѣщеніе у Петровскихъ воротъ, постройкой лѣтняго корпуса и приведеніемъ въ надлежащій видъ зимняго. Вліяніе Поля распространялось дальше, и рѣдкая постройка больничнаго зданія въ Москвѣ обходилась безъ его участія. Наибольшее вниманіе Поля послѣ Екатерининской больницы сосредоточивается на тюремномъ вѣдомствѣ — устройствѣ больницъ и прямомъ участіи въ управленіи тюремной больницей. Выраженія, употребляемые кн. Голицынымъ при назначеніи Поля главнымъ врачомъ этой больницы, повидимому, не были только комплиментомъ на официальной бумагѣ, а имѣли за собою достаточныя основанія.

Перейдемъ къ дѣятельности Поля-профессора. Каѳедру въ московскомъ университетѣ онъ получилъ въ 1846 году; раньше этого онъ состоялъ профессоромъ московской медико-хирургической академіи. Одновременно съ переходомъ больницы въ новое помѣщеніе, т.-е. въ 1833 году, въ ней было открыто клиническое отдѣленіе м.-х. академіи на 57 кроватей. Директоромъ его и профессоромъ хирургической клиники утвержденъ по представленію академіи А. И. Поль. Вскорѣ изъ того же числа 57 коекъ была отдѣлена для тера-

<sup>1)</sup> См. Оверъ. Матеріалы и проч. Ч. II. Стр. 58—61.

<sup>2)</sup> Послѣ Поля главнымъ докторомъ былъ М. А. Жуковскій, затѣмъ—О. П. Гаазъ.

терапевтическаго клиническаго отдѣленія 31 койка. Во главѣ терапевтической клиники сталъ съ званіемъ профессора Александръ Павловичъ Оверъ. Новый профессоръ-терапевтъ былъ моложе Поля 10 годами, и еще въ 1830 году началъ посѣщать Екатерининскую больницу въ качествѣ „волонтера“.

Полю обратилъ вниманіе на молодого способнаго врача, уже обладавшаго достаточной эрудиціей, и вскорѣ сталъ допускать его къ производству операций; первой изъ нихъ была ампутація бедра.



А. И. Оверъ.

„Среди этихъ-то обстоятельствъ“, — читаемъ въ „Біограф. слов. профессоровъ моск. университета“, — „сблизившихъ Овера съ докторомъ Полемъ, родилась, основанная на чувствахъ благодарности и уваженія, взаимная ихъ дружба, которую ни продолженіе времени, ни разнообразныя обстоятельства жизни не умѣли поколебать нимало, но, напротивъ того, скрѣпляли все болѣе и болѣе“<sup>1)</sup>. Такимъ образомъ, бывшій ученикъ и другъ сталъ теперь товарищемъ А. И. Поля по преподаванію.

Обязанности ординаторовъ въ новой клиникѣ исполняли четыре лучшихъ студента высшаго курса, получавшіе отъ академіи жалованье—60 р. асс. въ мѣсяцъ, а отъ больницы—помѣщеніе и столъ.

Уже съ самаго начала существованія клиникъ въ больницѣ профессора академіи — и среди нихъ прежде всѣхъ Полю—дѣлаютъ попытки распространить клиники на всю больницу, превратить ее въ чисто клиническое учрежденіе. Попытки эти встрѣчали однако каждый разъ препятствія со стороны попечительнаго Совѣта заведеній приказа общественнаго призрѣнія, а затѣмъ и самого попечителя больницы, кн. В. И. Мещерскаго. Начало „дѣла“ было положено Полемъ, который ходатайствовалъ о разрѣшеніи студентамъ медико-хирургической академіи посѣщать, кромѣ клиническаго отдѣленія, также и всѣ другія палаты больницы, въ видахъ расширенія круга ихъ практическихъ занятій и свѣдѣній. Кн. Мещерскій поддержалъ ходатайство Поля, но попечит. Совѣтъ рѣшительно отклонилъ. Дѣло разсматривалось затѣмъ Конференціей академіи, которая приняла докладъ комиссіи изъ профф. Кораблева, Поля и Ясинскаго. Докладъ при особомъ письмѣ былъ препровожденъ президентомъ академіи Г. И. Фишеромъ-

<sup>1)</sup> Біогр. Слов. Т. II, стр. 164.

фонъ-Вальдгеймъ къ попечителю б-цы кн. Мещерскому. Въ докладѣ приводятся понятныя и вполне естественныя соображенія въ пользу распространенія клиникъ на всю больницу. „Хотя Академія“,—читаемъ въ докладѣ,—„съ разрѣшенія г. министра внутреннихъ дѣлъ перевела свои клиники въ Екатерининскую городскую больницу и заняла въ оной 57 кроватей,—учащимся съ того времени открыто болѣе способовъ наблюдать болѣзни и пріучаться медицинской практикѣ,—но по причинѣ умножающагося числа вольныхъ слушателей академіи, особенно въ послѣдніе годы, и вслѣдствіе распорядка“ (т.-е. распределенія) „учебныхъ предметовъ, утвержденныхъ г. министромъ, которымъ предписывается студентамъ 3, 4 и 5 классовъ посѣщать клиники, отъ стеченія казенныхъ воспитанниковъ и вольныхъ слушателей одновременно въ клиническія палаты, профессора не могутъ уравнивать между учащимися занятія съ такою точностью, чтобы каждый участвовалъ въ распорядкѣхъ, поручаемыхъ профессоромъ; и это было побудительною причиною, почему конференція освободила студентовъ 3-го курса отъ практическихъ упражненій, избѣгая тѣсноты въ клиникахъ. Кромѣ того, студенты 5-го курса, приготовляемые къ выходу изъ учебнаго заведенія, должны посѣщать госпиталь или больницу, дабы ознакомиться съ большимъ числомъ болѣзней и расширить кругъ практической дѣятельности. Обстоятельство сіе ведетъ къ прямому заключенію, что студентамъ сего курса слѣдовало бы открыть больничныя палаты независимо отъ клиникъ и поручить имъ лѣченіе больныхъ подъ руководствомъ опытныхъ врачей, ординаторовъ больницы, которымъ они обязуются представить исторіи болѣзней и рецепты прописываемыхъ лѣкарствъ“... Далѣе говорится о глазной клиникѣ, акушерской, ея постройкѣ, объ административномъ устройствѣ клиникъ больницы и о средствахъ. Изложено все это, правда, тяжело, но достаточно убѣдительно. Заканчивается докладъ такъ: „съ обращеніемъ Екатерининской больницы въ обширныя академическія клиники, могутъ быть, по усмотрѣнію конференціи, допущены къ клиническимъ упражненіямъ студенты третьяго класса, такъ что послѣдніе три года учащихся въ академіи будутъ употреблены на изученіе медицинской практики; постепенно приготовляя молодого человѣка къ понесенію обязанности врача, сначала заставляя его всматриваться въ порядокъ клиническихъ упражненій и помогать товарищамъ высшаго класса, потомъ изучать болѣзни при постели подъ руководствомъ профессора клиники и, наконецъ, въ послѣднемъ курсѣ самому пользоваться больнымъ, представляя отчетъ въ своихъ дѣйствіяхъ на повѣрку старшаго врача—ординатора“.

Кн. Мещерскій отвѣтилъ рѣшительно, что „ни на одно изъ предложеній академіи онъ согласиться не можетъ“. Попечительному Совѣту приказа общ. призрѣнія онъ подробно излагаетъ мотивы своего отрицательнаго отношенія. Нѣкоторые изъ нихъ чрезвычайно любопытны и не нуждаются въ комментаріяхъ.



„Въ клиникѣ“,— читаемъ мы въ этомъ документѣ,— „какъ бы она отлично содержима ни была, нѣтъ возможности оказать больному того пособія, какое онъ получаетъ въ больницѣ. Тѣснимый слушателями, обезпокоенный ими и потомъ начальствомъ и прислугою больницы, долженствующими, по выходѣ студентовъ, опять привести палаты въ должный порядокъ, страждущій сверхъ того подвергается нерѣдко опытамъ, производимымъ надъ нимъ не для его пользы, но для распространенія круга познаній юношества. Почему, сколько я слышалъ отъ больныхъ, они страшатся клиникъ. Посѣщеніе студентами женскихъ палатъ поведетъ къ безнравственности, которой весьма трудно положить преграду. Екатерининская больница, доведенная столь великими усиліями Совѣта и благодѣтельнымъ покровительствомъ г. предсѣдателя онаго и г. гражданскаго губернатора, преподаваемаго благоразумнымъ распоряженіемъ суммами Совѣта возможность сверхштатными пособіями совершить значительныя улучшенія, сіе благотворительное заведеніе, удостоенное Высочайшей похвалы и по новому усиленному штату могущее нынѣ и долженствующее достигъ возможнаго во всѣхъ отношеніяхъ совершенства, непременно, пожертвованіемъ онаго на клинику, не токмо остановится въ успѣшномъ ходѣ, но еще падетъ въ худшее состояніе отъ ограниченія вліянія попечителя“ (вотъ въ чемъ дѣло!), „отъ неизбѣжныхъ безпорядковъ, причиняемыхъ посѣщеніемъ множества, большей частью необразованнаго юношества и отъ несвоевременнаго прихода гг. профессоровъ — что нынѣ часто случается, — остающагося безъ всякаго надзора. Соблюденіе должной чистоты будетъ также невозможно“...

Попечительный Совѣтъ согласился съ мнѣніемъ князя Мещерскаго, изложеннымъ въ этомъ характерномъ документѣ.

Инициаторы дѣла однако не сдались. Президентъ академіи снесся съ министромъ внутреннихъ дѣлъ, графомъ Блудовымъ; тотъ—съ попечителемъ больницы, а послѣдній категорически запросилъ мнѣніе Поля. А. И. Поль былъ поставленъ въ затруднительное положеніе. Онъ хорошо зналъ мнѣніе начальства; если рѣзко высказать свое, противоположное мнѣніе, можно окончательно погубить дѣло. И Поль пишетъ отвѣтъ съ змѣиною мудростью: онъ признаетъ, что стараніями попечителя больница приведена въ отличное состояніе, что отъ распространенія клиникъ выигрышъ на сторонѣ академіи, но... что же дѣлать — постройка новыхъ больницъ не есть функція академіи, и какъ-никакъ необходимо одну изъ больницъ отдать цѣликомъ академіи. „По причинѣ близкаго разстоянія“,— пишетъ Поль,— „больницы отъ академіи всего удобнѣе для сей послѣдней занимать студентовъ 5-го класса въ этой больницѣ, и я, съ своей стороны, полагаю, что на это можно согласиться тѣмъ болѣе, что посѣщеніе студентами больничныхъ палатъ въ прошедшемъ году <sup>1)</sup> не повлекло

<sup>1)</sup> Было допущено только на годъ, въ видѣ опыта. А. М.



никакихъ безпорядковъ: ибо я долженъ чистосердечно признаться что поведеніе ихъ было примѣрное, и кромѣ одной жалобы, и то весьма незначительной, никакихъ изъясненій неудовольствій отъ больныхъ за все время не слыхалъ... Если угодно будетъ согласиться на посѣщеніе студентами Екатерининской больницы, то, конечно, покойнѣе будетъ для больныхъ распространить сіе посѣщеніе на всю больницу...”

Вотъ съ какими житейскими условіями приходилось имѣть дѣло Полю и на что надо было тратить свои силы!

Министръ былъ на сторонѣ академіи, кн. Мещерскій искусно прятался за Совѣтъ, и въ концѣ концовъ побѣдителемъ (хотя, какъ увидимъ, ненадолго) остался кн. Мещерскій. Однако Полю все-таки матеріаль былъ необходимъ, и онъ прибѣгаетъ къ уловкѣ для обхода постановленія совѣта: больные принимаются въ клинику, эксплуатируются для цѣлей преподаванія и, по минованіи интереса въ этомъ отношеніи, тотчасъ переводятся въ „больничныя“ палаты.

Въ 1841 году попечитель московскаго учебнаго округа графъ Строгановъ увѣдомилъ попечителя больницы, что министромъ народнаго просвѣщенія принимаются мѣры къ присоединенію московской медико-хирургической академіи къ медицинскому факультету университета и что предположено часть университетскихъ клиникъ устроить въ Екатерининской больницѣ. Въ заключеніе графъ Строгановъ запрашивалъ мнѣніе на сей счетъ князя Мещерскаго. На этотъ разъ Министрство Народнаго Просвѣщенія не встрѣтило никакихъ препятствій ни со стороны попечителя, ни со стороны попечительнаго Совѣта; кн. Мещерскій находилъ лишь справедливымъ, чтобы, ввиду скудости средствъ больницы, университетъ дѣлалъ ежегодныя добавочныя ассигнованія... И все-таки дѣло оказалось не такъ просто. Междувѣдомственная переписка и все „дѣло“ тянулось цѣлые четыре года. Наконецъ, по закрытіи академіи въ 1845 году, Екатерининская больница предоставила всѣ койки въ распоряженіе университета для цѣлей преподаванія. Вся больница превратилась въ госпитальную клинику, а А. И. Польш, уволенный какъ профессоръ съ закрытіемъ академіи, снова утвержденъ въ званіи ординарнаго профессора хирургическаго отдѣленія госпитальной клиники московскаго университета съ 18 іюня 1846 года.

„Какъ преподаватель хирургической клиники“, — читаемъ мы въ „Біограф. словарь профессоровъ м. у.“, — „профессоръ Польш всегда оставался вѣренъ своему воззрѣнію на способъ преподаванія. Считая важнѣйшею цѣлью клиническихъ занятій студентовъ пріобрѣтеніе практическаго навыка, проф. Польш всегда старался давать молодымъ практикантамъ болѣе свободы и самостоятельности во всѣхъ ихъ врачебныхъ дѣйствіяхъ, разумѣя ихъ врачами порученнаго имъ числа больныхъ, возлагалъ на нихъ обязанность самимъ лѣчить больныхъ, вести рядъ наблюденій какъ за ходомъ болѣзни, такъ и надъ дѣй-

ствіемъ употребленныхъ средствъ, — а самъ имѣлъ ввиду только, чтобы всѣ дѣйствія молодыхъ практикантовъ были сообразны съ правилами науки и искусства. Онъ обращалъ ихъ особенное вниманіе на то, какъ одна и та же болѣзнь, при различныхъ индивидуальныхъ условіяхъ, принимаетъ различныя видоизмѣненія и оттѣнки и какъ вслѣдствіе этого должно измѣняться и само лѣченіе; а съ другой стороны, какъ различныя болѣзни, подъ вліяніемъ какихъ-либо общихъ эпидемическихъ, эндемическихъ и др. условій, получаютъ нѣкоторое сходство между собою, а потому и лѣчимы могутъ быть средствами болѣе или менѣе сходными. Въ клиническихъ преподаваніяхъ этого рода онъ всегда сохранялъ форму фрагментарную, находя неумѣстнымъ читать систематическія лекціи о какой-нибудь болѣзни, тѣмъ болѣе, что лекціи такого рода входятъ въ составъ теоретическихъ преподаваній, отнюдь не принадлежащихъ къ сферѣ госпитальной клиники. Другую важнѣйшую цѣль хирургическаго отдѣленія госпитальной клиники онъ полагалъ въ томъ, чтобы образовывать не только теоретическихъ хирурговъ, но и хорошихъ операторовъ, и потому употреблялъ всѣ мѣры къ пробужденію въ молодыхъ врачахъ любви къ этому важному искусству, давая имъ всѣ средства къ развитію ихъ способностей, всегда допускалъ ихъ къ произведенію операций, не только относящихся къ малой хирургіи, но и болѣе важныхъ, каковы: отнятіе членовъ, литотомія и др., разумѣется, по предварительномъ строгомъ испытаніи ихъ способностей къ предпринимаемому дѣлу на трупахъ и всегда подъ личнымъ своимъ надзоромъ. Такимъ образомъ, втеченіе 8 лѣтъ существованія госпитальной клиники<sup>1)</sup>, произведены были молодыми практикантами 104 важныя операции, изъ которыхъ 39 операций камнебѣженія“. По словамъ автора (А. П. Полунина?) некролога, напечатаннаго въ университетскомъ отчетѣ за 1864 г., Поль не ограничивался чтеніемъ клиническихъ лекцій, но постоянно заставлялъ учащихся обслѣдывать больныхъ, опредѣлять болѣзнь и назначать лѣченіе. „Такія бесѣды у постелей больныхъ развивали въ учащихся наблюдательность, приучали ихъ точно распознавать болѣзненные явленія и правильно выводить теоретическія показанія“.

Итакъ, проф. Поль читалъ клиническія лекціи, оперировалъ въ присутствіи студентовъ, руководилъ операциями нѣкоторыхъ изъ нихъ, дѣлалъ обходы палатъ со слушателями, при чемъ велъ бесѣды съ кураторами и, наконецъ, велъ занятія на трупахъ по оперативной хирургіи.

Проф. Поль немало заботился объ учебныхъ пособіяхъ, коллекціяхъ, музеѣ. Главную часть музея составляло громадное собраніе удаленныхъ имъ пузырныхъ камней. Туда же входили препараты послѣ другихъ операций, патолого-анатомическіе препараты и проч. Въ 18<sup>39</sup>/<sub>40</sub> г., т.-е. еще во время существованія академической клиники,

<sup>1)</sup> Эти строки писаны въ 1855 г.

имѣлся уже, какъ видно изъ „Обзора“ клиники, „патологическій кабинетъ“, который содержалъ:

1. Патолого-анатомическіе, частью спиртовые (113), частью сухіе препараты (27).

2. Рисунки съ натуры наиболѣе важныхъ хирургическихъ заболеванийъ (22).

3. Гипсовые слѣпки (39).

Въ коллекціи камней каждый экземпляръ былъ снабженъ краткимъ поясненіемъ результата химическаго анализа.

Видно, что Поль съ большою любовью относился съ своему дѣлѣ — имъ основанной, имъ устроенной хирургической клиникѣ. Чтобы быть болѣе въ курсѣ современной ему хирургіи, Поль въ лѣтнее время нѣсколько разъ уѣзжалъ за границу, для обозрѣнія клиникъ.

Конечно, и на чисто больничномъ дѣлѣ сказалось вліяніе клиники, вліяніе новаго элемента — жаждущаго знаній юношества и молодыхъ врачей, оставленныхъ для усовершенствованія. Измѣнились совершенно исторіи болѣзней; обликъ ихъ сталъ иной.

Вотъ для примѣра двѣ исторіи болѣзни: одна — 1829 года, а другая — 1840 года, во время существованія академической клиники (см. снимки на стр. 16 и 17).

А. И. Поль стоялъ во главѣ госпитальной хирургической клиники Московскаго Университета около 14 лѣтъ. Въ 1859 году онъ вышелъ въ отставку по разстроенному здоровью.

Остается сказать о Полѣ — человѣкѣ. Изъ всѣхъ приведенныхъ здѣсь фактовъ можно уже заключить объ его энергіи, трудолюбіи, преданности наукѣ. Современникамъ бросались въ глаза еще два его качества — доброта и религіозность.

Вотъ что читаемъ объ этомъ въ некрологѣ, написанномъ вскорѣ послѣ смерти Поля:

„Еще въ двадцатыхъ годахъ сошелся онъ съ покойнымъ О. П. Гаазомъ; сближеніе этихъ двухъ лицъ, одинаково одаренныхъ любящимъ сердцемъ, съ обширнымъ образованіемъ и глубоко религіознымъ направленіемъ, создало изъ нихъ ревностныхъ филантроповъ. Оба сдѣлались дѣятельнѣйшими членами многихъ благотворительныхъ обществъ и, между прочимъ, московскаго попечительнаго о тюрьмахъ комитета. По ходатайству обоихъ друзей устроена была... Полицейская больница... Потомъ устроили они школу, богадѣльню и комитетъ для раздачи пособія бѣднымъ при католической церкви. Съ каждымъ днемъ усиливалась въ Андреѣ Ивановичѣ заботливость о меньшей братіи и, наконецъ, въ 1859 году, оставивъ больницу и университетъ, онъ посвятилъ себя исключительно на пользу бѣдныхъ, которые находили въ немъ истиннаго друга человѣчества“.

— Скажи, съ кѣмъ ты другъ, я скажу, кто ты таковъ. — Кто былъ другомъ Гааза, тотъ уже этимъ однимъ получаетъ оцѣнку съ

моральной стороны. **Ө. П. Гаазъ**, цѣня Поля какъ челоѵѣка, назначилъ его своимъ душеприказчикомъ. Въ завѣщаніи **Ө. П.** развивалъ широкіе планы благотворительныхъ учрежденій, имѣющихъ развиться на обѣщанныя разными лицами пожертвованія. Однако, обѣщанія

№ Кляим **5212**

Звание больного: **Генерал-майор Львовской милиции**

Имя: **Семенъ Милославскій**

Родъ занятий: \_\_\_\_\_

Отъ роду лѣтъ **61**

Сколько находится дней \_\_\_\_\_

№ кровати **35**

прибылъ въ **2-е отделение** **1889** года

**17** \_\_\_\_\_

Наимъ мабѣ **Lymphatis**

Mens.	Dies.	Symptomata.	Medicamenta interna et externa.	Medicamentorum effectus et cuncta indicatio.	Dieta.
		<p><i>Habitus medicatissimus.</i></p> <p><i>per Anderson pro mensis</i></p> <p><i>symptomata in cute pro</i></p> <p><i>medicamentis infans natus</i></p> <p><i>forte pro cutibis cephali</i></p> <p><i>hinc cuticulari diff. medic.</i></p> <p><i>primaria cuticulari.</i></p>			5
		<p><i>per Anderson pro mensis</i></p> <p><i>symptomata in cute pro</i></p> <p><i>medicamentis infans natus</i></p> <p><i>forte pro cutibis cephali</i></p> <p><i>hinc cuticulari diff. medic.</i></p> <p><i>primaria cuticulari.</i></p>			5
		<p><i>Habitus medicatissimus.</i></p> <p><i>per Anderson pro mensis</i></p> <p><i>symptomata in cute pro</i></p> <p><i>medicamentis infans natus</i></p> <p><i>forte pro cutibis cephali</i></p> <p><i>hinc cuticulari diff. medic.</i></p> <p><i>primaria cuticulari.</i></p>			5
		<p><i>Habitus medicatissimus.</i></p> <p><i>per Anderson pro mensis</i></p> <p><i>symptomata in cute pro</i></p> <p><i>medicamentis infans natus</i></p> <p><i>forte pro cutibis cephali</i></p> <p><i>hinc cuticulari diff. medic.</i></p> <p><i>primaria cuticulari.</i></p>			5
		<p><i>Habitus medicatissimus.</i></p> <p><i>per Anderson pro mensis</i></p> <p><i>symptomata in cute pro</i></p> <p><i>medicamentis infans natus</i></p> <p><i>forte pro cutibis cephali</i></p> <p><i>hinc cuticulari diff. medic.</i></p> <p><i>primaria cuticulari.</i></p>			5
		<p><i>Habitus medicatissimus.</i></p> <p><i>per Anderson pro mensis</i></p> <p><i>symptomata in cute pro</i></p> <p><i>medicamentis infans natus</i></p> <p><i>forte pro cutibis cephali</i></p> <p><i>hinc cuticulari diff. medic.</i></p> <p><i>primaria cuticulari.</i></p>			5
		<p><i>Habitus medicatissimus.</i></p> <p><i>per Anderson pro mensis</i></p> <p><i>symptomata in cute pro</i></p> <p><i>medicamentis infans natus</i></p> <p><i>forte pro cutibis cephali</i></p> <p><i>hinc cuticulari diff. medic.</i></p> <p><i>primaria cuticulari.</i></p>			5
		<p><i>Habitus medicatissimus.</i></p> <p><i>per Anderson pro mensis</i></p> <p><i>symptomata in cute pro</i></p> <p><i>medicamentis infans natus</i></p> <p><i>forte pro cutibis cephali</i></p> <p><i>hinc cuticulari diff. medic.</i></p> <p><i>primaria cuticulari.</i></p>			5
		<p><i>Habitus medicatissimus.</i></p> <p><i>per Anderson pro mensis</i></p> <p><i>symptomata in cute pro</i></p> <p><i>medicamentis infans natus</i></p> <p><i>forte pro cutibis cephali</i></p> <p><i>hinc cuticulari diff. medic.</i></p> <p><i>primaria cuticulari.</i></p>			5
		<p><i>Habitus medicatissimus.</i></p> <p><i>per Anderson pro mensis</i></p> <p><i>symptomata in cute pro</i></p> <p><i>medicamentis infans natus</i></p> <p><i>forte pro cutibis cephali</i></p> <p><i>hinc cuticulari diff. medic.</i></p> <p><i>primaria cuticulari.</i></p>			5
		<p><i>Habitus medicatissimus.</i></p> <p><i>per Anderson pro mensis</i></p> <p><i>symptomata in cute pro</i></p> <p><i>medicamentis infans natus</i></p> <p><i>forte pro cutibis cephali</i></p> <p><i>hinc cuticulari diff. medic.</i></p> <p><i>primaria cuticulari.</i></p>			5
		<p><i>Habitus medicatissimus.</i></p> <p><i>per Anderson pro mensis</i></p> <p><i>symptomata in cute pro</i></p> <p><i>medicamentis infans natus</i></p> <p><i>forte pro cutibis cephali</i></p> <p><i>hinc cuticulari diff. medic.</i></p> <p><i>primaria cuticulari.</i></p>			5
		<p><i>Habitus medicatissimus.</i></p> <p><i>per Anderson pro mensis</i></p> <p><i>symptomata in cute pro</i></p> <p><i>medicamentis infans natus</i></p> <p><i>forte pro cutibis cephali</i></p> <p><i>hinc cuticulari diff. medic.</i></p> <p><i>primaria cuticulari.</i></p>			5
		<p><i>Habitus medicatissimus.</i></p> <p><i>per Anderson pro mensis</i></p> <p><i>symptomata in cute pro</i></p> <p><i>medicamentis infans natus</i></p> <p><i>forte pro cutibis cephali</i></p> <p><i>hinc cuticulari diff. medic.</i></p> <p><i>primaria cuticulari.</i></p>			5
		<p><i>Habitus medicatissimus.</i></p> <p><i>per Anderson pro mensis</i></p> <p><i>symptomata in cute pro</i></p> <p><i>medicamentis infans natus</i></p> <p><i>forte pro cutibis cephali</i></p> <p><i>hinc cuticulari diff. medic.</i></p> <p><i>primaria cuticulari.</i></p>			5
		<p><i>Habitus medicatissimus.</i></p> <p><i>per Anderson pro mensis</i></p> <p><i>symptomata in cute pro</i></p> <p><i>medicamentis infans natus</i></p> <p><i>forte pro cutibis cephali</i></p> <p><i>hinc cuticulari diff. medic.</i></p> <p><i>primaria cuticulari.</i></p>			5
		<p><i>Habitus medicatissimus.</i></p> <p><i>per Anderson pro mensis</i></p> <p><i>symptomata in cute pro</i></p> <p><i>medicamentis infans natus</i></p> <p><i>forte pro cutibis cephali</i></p> <p><i>hinc cuticulari diff. medic.</i></p> <p><i>primaria cuticulari.</i></p>			5
		<p><i>Habitus medicatissimus.</i></p> <p><i>per Anderson pro mensis</i></p> <p><i>symptomata in cute pro</i></p> <p><i>medicamentis infans natus</i></p> <p><i>forte pro cutibis cephali</i></p> <p><i>hinc cuticulari diff. medic.</i></p> <p><i>primaria cuticulari.</i></p>			5
		<p><i>Habitus medicatissimus.</i></p> <p><i>per Anderson pro mensis</i></p> <p><i>symptomata in cute pro</i></p> <p><i>medicamentis infans natus</i></p> <p><i>forte pro cutibis cephali</i></p> <p><i>hinc cuticulari diff. medic.</i></p> <p><i>primaria cuticulari.</i></p>			5
		<p><i>Habitus medicatissimus.</i></p> <p><i>per Anderson pro mensis</i></p> <p><i>symptomata in cute pro</i></p> <p><i>medicamentis infans natus</i></p> <p><i>forte pro cutibis cephali</i></p> <p><i>hinc cuticulari diff. medic.</i></p> <p><i>primaria cuticulari.</i></p>			5
		<p><i>Habitus medicatissimus.</i></p> <p><i>per Anderson pro mensis</i></p> <p><i>symptomata in cute pro</i></p> <p><i>medicamentis infans natus</i></p> <p><i>forte pro cutibis cephali</i></p> <p><i>hinc cuticulari diff. medic.</i></p> <p><i>primaria cuticulari.</i></p>			5
		<p><i>Habitus medicatissimus.</i></p> <p><i>per Anderson pro mensis</i></p> <p><i>symptomata in cute pro</i></p> <p><i>medicamentis infans natus</i></p> <p><i>forte pro cutibis cephali</i></p> <p><i>hinc cuticulari diff. medic.</i></p> <p><i>primaria cuticulari.</i></p>			5
		<p><i>Habitus medicatissimus.</i></p> <p><i>per Anderson pro mensis</i></p> <p><i>symptomata in cute pro</i></p> <p><i>medicamentis infans</i></p>			

такъ и остались обѣщаніями, и въ распоряженіи Поля остался одинъ лишь документъ о желаніяхъ его друга, да еще рукопись: „*Appel aux femmes*“. Эту послѣднюю, въ память о другѣ, Поль издалъ на свой счетъ.



въ Москвѣ, 30 іюня, на 71 году жизни. Похороненъ на Введенскихъ Горахъ.

Съ доброй славой носилъ онъ званіе профессора университета и врача-хирурга!

Память о немъ не должна быть изглажена. Наша русская хирургія еще молода — и потому, быть можетъ, мы живемъ настоящимъ. Однако и теперь не мѣшаетъ иногда оглянуться на прошлое и помянуть добромъ тѣхъ, кто расчищалъ путь для грядущихъ поколѣній. Мой очеркъ и коротокъ и блѣденъ; отчасти оттого, что слишкомъ скудны печатныя данныя. Можетъ быть, онъ возбудитъ болѣе интересъ къ одному изъ выдающихся хирурговъ Москвы и дастъ толчекъ для другихъ работъ объ Андреѣ Ивановичѣ Полѣ.

### Печатные труды Андрея Ивановича Поля.

1. *Dissertatio inauguralis medico-practica de rubefacientium et vesicantium ac praecipue de cantharidum externo usu. Mosquae. 1820.*

2. *De tumore lymphatico. Dissertatio medico-chirurgica. Mosquae. 1824.*

3. Перевязаніе наружной подвздошной артеріи. „Военно-медицинскій журналъ“. Часть XV. № 1. Спб. 1830.

4. Краткое описаніе холеры; наставленіе, какъ лѣчить эту болѣзнь; какія мѣры нужно брать во время ея свирѣпствованія и правила для народа, какъ себя предохранять отъ оной. М. 1830.

2-е изданіе. 1847 г.

Тоже въ нѣмецкомъ переводѣ. 1831 г.

5. *Lettre sur la lithotritie urétrale. — Gazette médic. de Paris. 1839. № 11, стр. 168.*

6. *Ueber Lithotritie bei Kindern. — Mittheilungen aus dem Gebiete der Heilkunde. Leipzig. 1845.*

7. *Kurze Uebersicht der Leistungen der chirurgischen Klinik an der hiesigen medico-chirurgischen Academie fur das academische Jahr 1839—1840 im Auszuge mitgetheilt. (Тамъ же).*

8. *Zwei Fälle von Elephantiasis der männlichen Geschlechtstheile. (Тамъ же).*

9. Мясокостная опухоль половины нижней челюсти, вылуценной изъ сочлененія. — Записки по части врачебныхъ наукъ, издаваемыхъ при Имп. Спб. мед.-хир. академіи. 1843 г. 2-я книжка.

10. Пузырчатая или гидатидная опухоль подъ брюшиною. „Московскій Врачебный Журналъ“. 1847. № 2.

11. О нѣкоторыхъ неблагопріятныхъ обстоятельствахъ, встрѣчающихся при камнедробленіи (литотритіи), и о мѣрахъ, къ которымъ нужно прибѣгать въ такихъ случаяхъ. (Тамъ же). 1856 г. № 5.

Приведенный списокъ, вѣроятно, неполонъ. Мелкія казуистическія сообщенія въ немъ совсѣмъ не приведены.

Въ „Mittheilungen aus dem Gebiete...“, Leipzig, 1875, имѣются слѣдующія замѣтки:

1. Ligatura carotidis communis (стр. 225).
2. Hernia cruralis incarcerata (стр. 230).
3. Resectio maxillae inferioris (стр. 232).

Много замѣтокъ имѣется въ „Московскомъ Врачебномъ Журналѣ“.

Иныя операціи (съ исторіями болѣзни) подробнѣе описаны у Овера въ его извѣстномъ атласѣ (обширное изсѣченіе свода черепа, резекція ниж. челюсти, колоссальная липома и мн. друг.).

Многія наблюденія приведены въ работахъ учениковъ Поля, на-примѣръ, въ диссертациі Клина, въ диссертациі Попова (De urethrae stricturarum cura. М. 1854) и другихъ.

### Источники.

1. Біографическій словарь профессоръ и преподавателей Императорскаго Московскаго университета. Часть II. Стр. 297—305; 163—164. М. 1855 г.
2. Клейнъ, К. О. Матеріалы по исторіи Императорской Екатерининской больницы (неоконченная рукопись).
3. Клинь, Э. О показаніяхъ и противопоказаніяхъ къ камнедробленію. Диссертация. М. 1860 г.
4. Некрологъ (А. Полунинъ?) проф. А. И. Поля. „Рѣчь и отчетъ, произн. въ торж. собр. Имп. Моск. университета 12 янв. 1865 г.“ М. 1865. Стр. 13—14.
5. Некрологъ въ „Московскихъ Вѣдомостяхъ“ 1864 г., № 145.
6. Оверъ, А. Матеріалы для исторіи московскихъ больницъ гражданскаго вѣдомства etc. М. 1855 г. Отд. 2-й, стр. 23—44; 66—67 и др.
7. Оверъ, А. Обзоръ состоянія московскихъ больницъ гражданскаго вѣдомства въ 1857 году въ медицинскомъ отношеніи. М. 1858 г.
8. Печатные труды А. И. Поля.
9. Исторіи болѣзни и „дѣла“ конторы Екатерининской больницы 1820—1859 гг.

Москва, 19 октября 1909 г.

## О нѣкоторыхъ свойствахъ сыворотки крови при ракѣ и злокачественномъ малокровіи.

Умы множества изслѣдователей, занятыхъ проблемой раковыхъ опухолей, въ настоящее время обращены не столько на патологоанатомическія изысканія и на гистологию канкрозныхъ образований, сколько на біохимическія особенности послѣднихъ, равно заняты поисками новыхъ діагностическихъ методовъ возможно ранняго и точнаго распознаванія раковыхъ опухолей.

И то и другое стремленіе имѣютъ свое основаніе: кажется, уже исчерпано все, что только можно было ожидать отъ микроскопа и патологоанатомическаго препарата; экспериментъ надъ животными, давшій такъ много новаго для патогенеза раковыхъ опухолей, біохимическія особенности и свойства канкрозныхъ клѣтокъ, открытыя въ послѣдніе годы,—все это увлекаетъ научныя силы на новые пути изслѣдованія; хирургія, пока единственно призванная къ борьбѣ съ новообразованіемъ, заставляетъ искать діагностическіе методы, обезпечивающіе точное и раннее распознаваніе рака; опухоли на поверхности тѣла или непосредственно доступныя изслѣдователю, конечно, не идутъ въ счетъ трудно распознаваемыхъ; наоборотъ, ракъ желудка и другихъ отдѣловъ пищеварительнаго тракта, а также глубоко расположенныхъ органовъ, распознается большей частью тогда, когда уже есть метастазы и нѣтъ болѣе надежды на хирургическую помощь; въ особенности по отношенію къ раку желудка, къ этому наиболѣе часто встрѣчающемуся злокачественному новообразованію, у насъ нѣтъ достаточно надежныхъ методовъ, при помощи которыхъ мы могли бы точно распознать карциному желудка въ начальномъ періодѣ ея развитія.

Отсутствіе соляной кислоты, наличность молочной, присутствіе бацилл Воас'а и т. п., все это такіе признаки, которые указываютъ на вторичныя измѣненія, сопутствующія новообразованію желудка, но не опредѣляющіе его.

Непосредственно открывающимъ наличность карциномы желудка считали одно время методъ *Salomon'a*, принципъ котораго основанъ на томъ, что на изъязвившейся поверхности раковой опухоли



выдѣляется жидкость, содержащая бѣлокъ. При соблюденіи указанныхъ авторомъ предосторожностей <sup>1)</sup>, физиологическій растворъ, которымъ промываютъ желудокъ, содержитъ бѣлокъ раковаго секрета.

Осажденіе реактивомъ Эсбаха и опредѣленіе азота по *Kjeldhal*'ю обнаруживаетъ содержаніе бѣлка до  $\frac{1}{2}^0/_{00}$  и азота до 70 mgm. Положительною эту пробу считаютъ тогда, когда количество бѣлка не меньше  $\frac{1}{16}^0/_{00}$ , а азота — 10 mgm. въ опредѣленномъ количествѣ промывныхъ водъ.

Въ общемъ признають, что проба *Salomon*'а даетъ указаніе на присутствіе въ желудкѣ язвеннаго процесса, не предрѣшая въ точности его природы; тамъ, гдѣ раковое новообразование еще не изъязвилось (что, впрочемъ, рѣдко бываетъ), проба *Salomon*'а даетъ, конечно, отрицательный результатъ. Изслѣдованія самаго послѣдняго времени <sup>2)</sup> подтверждаютъ значеніе метода *Salomon*'а, но въ то же время приводятъ къ заключеніямъ, далеко отклоняющимъ методъ отъ первоначальной его цѣли — служить надежнымъ способомъ для распознаванія рака желудка.

Оказывается, что методъ *Salomon*'а открываетъ въ промывныхъ водахъ не только сывороточное отдѣляемое раковой язвы, но также и муцинъ и нуклеопротенды; эти три компонента могутъ сочетаться различнымъ образомъ, смотря по тому, въ какомъ стадіи развитія находится сама раковая опухоль, каково состояніе слизистой оболочки желудка, наконецъ, въ зависимости отъ существованія воспалительнаго процесса въ стѣнкѣ желудка; все это не можетъ не вліять на значеніе полученныхъ результатовъ.

Кромѣ того, слѣдуетъ отмѣтить, что въ методѣ *Salomon*'а есть еще одно трудно осуществимое условіе: передъ изслѣдованіемъ желудокъ больного долженъ быть промытъ начисто, иначе дается поводъ къ ошибочнымъ заключеніямъ при количественныхъ опредѣленіяхъ азота и бѣлковыхъ веществъ въ промывныхъ водахъ. При застоѣ пищи въ желудкѣ, особенно къ этому ведутъ стенозы привратника, промытъ начисто желудокъ — дѣло трудное, подчасъ едва ли возможное.

Нѣкоторые авторы придаютъ присутствію крови въ желудочномъ содержимомъ или въ изверженіяхъ больныхъ большое діагностическое значеніе; наличность крови можетъ служить большимъ подспорьемъ при распознаваніи рака желудка или кишекъ только тогда, когда есть возможность вполне исключить источникъ ошибокъ: пораненія слизистой зондомъ, употребленіе больнымъ передъ изслѣдованіемъ мяса, желудочныя или кишечныя кровотечения, зависящія отъ дискразическихъ состояній, отъ застоя крови въ портальномъ кровообращеніи, отъ нѣкоторыхъ кишечныхъ паразитовъ и т. п. Неудивительно, что

<sup>1)</sup> *Salomon*. Deutsch. Medic. Wochenschrift. 1903. № 31.

<sup>2)</sup> *J. Witte*. Ueber den Wert der Methode H. Salomon's für die Differentialdiagnose des Magencarcinoms. Zeitsch. für Klin. Medic. 1908. Hft. 1 и 2.

и некоторые сходятся въ томъ, что отрицательный результатъ реакціи на кровь (проба съ гуаяковой настойкой, алоиноиомъ, бензидиноиомъ) въ случаяхъ, гдѣ есть подозрѣніе на ракъ желудка, имѣетъ большее значеніе, чѣмъ положительный.

Методъ *Глюцинскаго*, основанный на томъ, что хроническій мукозный гастритъ есть одинъ изъ показателей раковаго перерожденія круглой язвы желудка и что исчезновение соляной кислоты въ одной изъ пробъ желудочнаго содержимаго, взятаго натощакъ, послѣ пробнаго завтрака и обѣда служить указаніемъ на переходъ кислаго катарра въ слизистый, оказываетъ значительныя услуги для діагноза въ тѣхъ именно случаяхъ, гдѣ новообразование присоединяется къ существующей язвѣ желудка, сопровождающейся гиперсекреціей; въ другихъ случаяхъ рака желудка этотъ методъ не примѣнимъ.

Очень недавно появилась работа *Aldor'a* <sup>1)</sup>, гдѣ авторъ предлагаетъ новый методъ для опредѣленія скрытно протекающихъ раковыхъ новообразованій пищеварительнаго тракта — это наличность альбумозуріи у раковыхъ больныхъ; конечно, здѣсь исключается та альбумозурія, которая сопровождаетъ различныя лихорадочныя заболѣванія.

Наличность альбумозъ въ мочѣ раковыхъ больныхъ авторъ считаетъ за проявленіе аномальнаго обмѣна веществъ.

Такой фактъ, какъ альбумозурія у раковыхъ больныхъ, открытый *Aldor'омъ* и подтвержденный *Ury* и *Lilienthal'емъ*, нашедшими альбумозурію въ 56% случаевъ рака пищеварительныхъ органовъ, представляетъ уже значительный шагъ впередъ въ діагнозъ скрыто протекающаго новообразования желудка или другого органа.

Кромѣ *Aldor'a*, который приписываетъ себѣ пріоритетъ въ открытіи этого факта, еще *Noorden* находилъ во многихъ случаяхъ рака альбумозурію, тогда какъ *Brieger* находилъ альбумозурію только въ случаяхъ гнойно или гнилостно распадающихся раковыхъ опухолей. Последнія изслѣдованія *Blumenthal'я* <sup>2)</sup> и др. указываютъ на то, что гетеролитическій раковый ферментъ, найденный въ раковыхъ клѣткахъ, даетъ возможность образоваться альбумозамъ безъ того, чтобы раковая опухоль являла бы картину значительнаго распада или изъязвленія; образующіяся подъ вліяніемъ гетеролитическаго раковаго фермента альбумозы попадаютъ въ кровяной токъ, а затѣмъ выдѣляются съ мочей.

Съ этой точки зрѣнія нахожденіе альбумозъ въ мочѣ является важнымъ діагностическимъ методомъ, основаннымъ на біохимическихъ свойствахъ раковой клѣтки. Не слѣдуетъ упускать изъ виду, что недостаточно еще выяснены условія, при которыхъ наступаетъ расщепленіе бѣлка подъ вліяніемъ гетеролитическаго фермента. Клинически извѣстны случаи, гдѣ незначительная, мало наклонная къ распаду

<sup>1)</sup> *Ludwig Aldor*. Ueber die Frühdiagnose des Magenkarzinoms. Wiener. Klin. Wochenschrift, 1907, № 20.

<sup>2)</sup> *Ferdinand Blumenthal*. Die chemischen Vorgänge bei der Krebskrankheit. Ergebnisse der experimentellen Pathologie und Therapie. Wiesbaden, 1907, стр. 99.

раковая опухоль, ведетъ къ раннему наступленію кахексіи и появленію альбумозуріи; въ другихъ — общее состояніе пребываетъ долго хорошимъ, нѣтъ альбумозуріи, тогда какъ раковая опухоль велика или уже существуютъ метастазы; вѣроятно, условія всасыванія имѣютъ здѣсь первенствующее значеніе для ранняго появленія альбумозуріи и кахексіи.

Основываясь на приведенныхъ соображеніяхъ, и на томъ, что фізіологически альбумозы не встрѣчаются въ крови <sup>1)</sup> и что появленіе ихъ въ послѣдней должно предвѣщать, быть можетъ, задолго альбумозурію, мы изслѣдовали сыворотку крови раковыхъ и другихъ больныхъ на содержаніе въ нихъ альбумозъ.

Методъ и техника таковы: изъ вены больного помощью шприца набирается нѣсколько кубическихъ сантиметровъ крови въ пробирку и центрифугируется. Помощью пипетки отсасывается необходимое для изслѣдованія количество сыворотки (3—5 с. см.); по подкисленіи сыворотки уксусной кислотой испытуемая жидкость нагрѣвается до свертыванія бѣлковъ; затѣмъ фильтруется; фильтратъ нейтрализуютъ, насыщаютъ сѣрнистымъ аммоніемъ; образуется осадокъ альбумозъ, если таковыя находятся въ кровяной сывороткѣ.

Изслѣдуя сыворотку раковыхъ больныхъ, мы находили въ ней альбумозы тамъ, гдѣ мы ихъ не могли открыть въ мочѣ. Мы находили альбумозы въ сывороткѣ при рактѣ желудка <sup>2)</sup>, гдѣ изслѣдованіе крови не обнаруживало отклоненій отъ нормальнаго ея состава, или въ такомъ, гдѣ карцинома желудка <sup>3)</sup> не сопровождалась отсутствіемъ соляной кислоты и наличностью молочной, между тѣмъ какъ въ сывороткѣ уже можно было опредѣлить присутствіе альбумозъ.

Съ другой стороны, отсутствіе альбумозъ въ сывороткѣ давало намъ возможность дифференцировать такой случай, гдѣ у женщины немолодыхъ лѣтъ были диспептическія явленія, съ отсутствіемъ соляной кислоты въ желудочномъ сокѣ и рвотныхъ массахъ, съ присоединившейся сюда тяжелой анэмией.

Прижизненный діагнозъ — эссенціальной перниціозной анэміи — былъ подтвержденъ вскрытіемъ.

Если иногда представляется затруднительнымъ, какъ въ нашемъ случаѣ, провести распознаваніе между злокачественнымъ малокровіемъ и скрытно протекающимъ новообразованіемъ желудка, и что особенно рекомендуемое въ качествѣ діагностическаго признака присутствіе крови въ испражненіяхъ не всегда рѣшаетъ дѣло въ пользу рака <sup>4)</sup>,

<sup>1)</sup> Находятъ слѣды альбумозъ въ крови при переполненіи кишечника альбумозами, при кормленіи гемизластиномъ. — См. учеб. Физіол. Химіи проф. Гулевича.

<sup>2)</sup> Подтверждено аутопсією.

<sup>3)</sup> Дальнѣйшее теченіе подтвердило діагнозъ.

<sup>4)</sup> См. по этому поводу обмѣнъ мнѣній въ засѣданіи берлинскаго медицин. общества, бывшемъ 6 мая 1908 г. Отчетъ о немъ: *Semaine Médicale*. 1908, № 20, стр. 239. Выяснилось, что присутствіе крови въ содержимомъ кишечника дѣло обычное у наклонныхъ къ кровотеченіямъ анэмиковъ и др.

то присутствіе альбумозъ въ крови у раковыхъ и отсутствіе ихъ при эссенціальныхъ анэмiяхъ имѣетъ діагностическое значеніе.

Если у раковыхъ больныхъ альбумозурiя встрѣчается въ двухъ третяхъ случаевъ, какъ это утверждаетъ *Ury* и *Lillenthal* <sup>1)</sup>, то въ будущемъ остается еще выяснить, какъ часто открываются альбумозы въ сывороткѣ раковыхъ больныхъ; мы находили альбумозы въ сывороткѣ раковыхъ больныхъ тамъ, гдѣ мы ихъ не могли открыть въ мочѣ <sup>2)</sup>.

Кромѣ этого важнаго въ біохимическомъ и діагностическомъ отношенiяхъ факта, сыворотка раковыхъ больныхъ привлекаетъ къ себѣ вниманіе изслѣдователей еще и другими своими особенностями: мы говоримъ о способности сыворотки раковыхъ больныхъ растворять чужіе красные кровяные шарики и агглютинировать послѣдніе

Со времени *G. Kelling*'а, который указалъ на гемолитическія свойства кровяной сыворотки при злокачественныхъ опухоляхъ и предложилъ воспользоваться ими для діагностическихъ цѣлей, появились еще другія изслѣдованiя, которыя въ общемъ сводятся къ тому, что сыворотка раковыхъ больныхъ приблизительно въ 50% всѣхъ случаевъ обладаетъ гемолитическими свойствами по отношенію къ кровянымъ шарикамъ человѣка и различныхъ животныхъ; эти же изслѣдованiя показали, что сыворотка крови раковыхъ больныхъ не обладаетъ специфическимъ свойствомъ предпочтительно гемолизировать кровяные шарики одного вида животныхъ передъ другимъ; подобныя гемолитическія свойства принадлежать не только сывороткѣ раковыхъ больныхъ; они обнаружены также и при туберкулезѣ, перницiозной анэмiи и другихъ болѣзняхъ <sup>3)</sup>. Такимъ образомъ, наличность гемолитическихъ свойствъ, обнаруженная у какой-либо сыворотки, не можетъ служить діагностическимъ признакомъ злокачественнаго новообразованiя, какъ то полагалъ *G. Kelling*.

Впрочемъ, дѣло обстоитъ иначе по отношенію къ раку желудка.

Принимая, какъ дѣлаетъ большинство, что гемолитическія вещества, вырабатываемыя злокачественной опухолью, представляютъ собой продукты аутолиза тканей, естественно представить себѣ, что желудочный сокъ больныхъ ракомъ желудка долженъ содержать гемолитическія вещества независимо отъ содержанiя таковыхъ въ крови больного; отсюда понятно, что нахожденіе этихъ субстанцiй въ желудочномъ содержимомъ послѣ дачи пробнаго завтрака имѣло бы діагностическое значеніе.

---

<sup>1)</sup> *Aldor*. loc. cit.

<sup>2)</sup> Изслѣдованiя послѣдняго времени указали на присутствіе увеличеннаго содержанiя антитрипсина въ крови при ракѣ, Впрочемъ также и при Базедовой болѣзни, амѣбной дизентерiи и другихъ заболѣванiяхъ; иногда и у здоровыхъ людей. См. статью *Bergmann*'а въ *Berl. Kl. Woch.*, 1908, № 30, *Brieger*'а въ № 22 того же года, *Bergmann*'а и *Kurt Meyer*'а въ № 37 того же года. Дiагностическое значеніе факта еще не выяснено.

<sup>3)</sup> *W. Fischel*. Ueber die hämolytische Reaktion des Blutserums bei malignen Geschwülsten. *Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1908, № 18, стр. 883.

*Grafe* и *Röhmer* <sup>1)</sup> нашли, что желудочный сокъ больныхъ ракомъ желудка нейтрализованный, а затѣмъ обработанный эфиромъ содержитъ гемолитическое вещество, переходящее въ эфирную вытяжку; вещество это—липоидъ, мѣсто происхождения его, по мнѣнію авторовъ,—карциноматозно перерожденная стѣнка желудка.

Сами авторы признаютъ, что хотя содержимое желудка во всѣхъ случаяхъ раковаго заболѣванія послѣдняго и обладало гемолитическими свойствами, однако и у цѣлаго ряда другихъ не раковыхъ больныхъ желудочный сокъ содержалъ гемолизины; причину содержанія въ желудочномъ сокѣ гемолизиновъ иного, не раковаго происхождения, слѣдуетъ искать въ томъ, что эти вещества могутъ быть продуктомъ жизнедѣятельности бактерій или составной частью пищевыхъ веществъ, подвергшихся пищеварительному акту, но не выведенныхъ изъ желудка. Уже одна трудность начисто промыть желудокъ ведетъ къ тому, что нѣтъ гарантій получить чистый матеріалъ для изслѣдованія.

Изслѣдованія *Grafe* и *Röhmer*'а имѣютъ общее значеніе въ томъ смыслѣ, что даютъ объясненіе тому факту, что раковое новообразование желудка, скорѣе чѣмъ таковое иного органа, ведетъ къ явленіямъ малокровія (геср. хроническаго гемолиза).

Какова природа этой гемолитической субстанціи? Характеристическія ея свойства одинаковы съ тѣми, которыя опредѣлены *Kullmann*'омъ въ вытяжкахъ изъ *cancer mammae et uteri*: это липоидное вещество по своимъ физическимъ и химическимъ свойствамъ весьма близкое къ тому, которое найдено въ членикахъ широкаго лентеца, равно и въ слизистой нѣкоторыхъ отдѣловъ кишечника и въ нѣкоторыхъ органахъ <sup>2)</sup>.

Если мы считаемъ уже общепризнаннымъ положеніе, что новообразование вырабатываетъ гемолитическія вещества, которыя затѣмъ могутъ поступать въ общій токъ крови, то съ другой стороны еще мало выяснено, гдѣ именно происходитъ процессъ разрушенія красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, и то, что до сихъ поръ извѣстно, служить предметомъ различныхъ толкованій. Это различіе мнѣній относится, повидимому, ко всѣмъ видамъ анэмій. Въ 1906 году вышли одновременно двѣ работы, рѣшающія вопросъ въ противоположномъ другъ другу смыслѣ: въ одной характерной особенностью злокачественнаго малокровія служить рядъ явленій клиническихъ и патологоанатомическихъ, свидѣтельствующихъ о томъ, что внутрисосудистый гемолизъ лежитъ въ основѣ этой болѣзни; въ другой, наоборотъ, утверждаютъ, что при анэміяхъ, экспериментально вызываемыхъ, разру-

<sup>1)</sup> *Grafe* und *Röhmer*. Ueber das Vorkommen hämolytisch wirkender substanzen im Mageninhalt und ihre Bedeutung für die Diagnose des Magencarcinoms. Deutsch. Arch. für Klin. Medicin, 1908, 93 Bd., Hft. 1 und 2.

<sup>2)</sup> *T. W. Tallqvist*. Zur Pathogenese der perniciösen Anämie. Zeitschr. für Klin. Medic. 1907, Bd. 61, Hft 5 u. 6. стр. 520.

шеніе красныхъ кровяныхъ шариковъ происходитъ внѣ кровяного тока <sup>1)</sup>).

По отношенію къ анэміи, вызываемой широкимъ лентцомъ, Tallqwist <sup>2)</sup> экспериментально показалъ, что при непосредственномъ введеніи въ кровь гемолитическихъ веществъ, добываемыхъ изъ членниковъ глисты, развивалась анэмія; по мнѣнію автора, разрушеніе красныхъ кровяныхъ шариковъ не имѣетъ мѣста въ кругу кровообращенія, а происходитъ внѣ его; это положеніе ничѣмъ не подкрѣпляется, наоборотъ, авторъ упоминаетъ о томъ, что на ряду съ уменьшеніемъ числа красныхъ кровяныхъ шариковъ у животныхъ, которымъ гемолитическая субстанція, выдѣленная изъ членниковъ лентца, была впрыснута подъ кожу, наступало ясное окрашиваніе сыворотки крови, вслѣдствіе разрушенія въ кровяномъ руслѣ красныхъ кровяныхъ шариковъ.

Въ такой же мѣрѣ неточны наши свѣдѣнія и относительно гемолитическихъ свойствъ кровяной сыворотки при пернициѳозной анэмii. Одни не находили въ крови больныхъ злокачественнымъ малокровіемъ гемолитическія вещества, другіе, наоборотъ, стмѣчали крово-растворяющія свойства сыворотки при пернициѳозной анэмii. Еще менѣе точны наши свѣдѣнія по отношенію къ тому малокровію, которое мы такъ часто встрѣчаемъ у больныхъ ракомъ.

Попутно съ изученіемъ свойствъ сыворотки раковыхъ больныхъ, мы сочли необходимымъ выяснитъ, можно ли доказать существованіе гемолитическихъ свойствъ сыворотки при пернициѳозной анэмii, отвергаемое Tallqwist'омъ, а затѣмъ, выяснитъ, въ какомъ отношеніи стоятъ эти гемолитическія субстанціи къ таковымъ, которыя встрѣчаются при анэмiяхъ, гдѣ химическая природа этихъ веществъ достаточно выяснена (малокровіе при широкомъ лентцѣ).

Для этой цѣли была взята сыворотка крови больной съ эссенціальной пернициѳозной анэмiей, гдѣ составъ крови былъ характеренъ для даннаго заболѣванія и гдѣ вскрытіе подтвердило прижизненный діагнозъ.

Что касается метода, при помощи котораго мы имѣли въ виду обнаружить въ кровяной сывороткѣ содержаніе гемолитическихъ веществъ, то мы прибѣгли къ методу иному, чѣмъ тотъ, который обыкновенно примѣняется, т.-е. непосредственнаго наблюденія распада красныхъ кровяныхъ шариковъ, промытыхъ въ физиологическомъ растворѣ, къ которымъ прибавлена испытуемая сыворотка.

Дѣйствительно, какъ утверждаетъ Aubertin <sup>3)</sup>, попытки найти гемо-

---

<sup>1)</sup> А. Висоцкій. Матеріалы къ вопросу о прогрессивномъ злокачественномъ малокровіи. Москва. 1906 г., см. стр. 305, а также отъ 241 до 252 стр.

<sup>II.</sup> Майзель. Къ вопросу о вліяніи на кровь нѣкоторыхъ фармакологическихъ средствъ. Москва. 1906, стр. 73.

<sup>2)</sup> Tallqwist. Loc. cit. стр. 496 и 471.

<sup>3)</sup> Aubertin. Les anémies. par anhématopoïèse. La Semaine Médicale. 1908, № 29, стр. 339.

лизины въ сывороткѣ крови или въ другихъ жидкостяхъ человѣческаго организма до сихъ поръ давали мало практически приложимые результаты, въ виду того, что при современныхъ методахъ изслѣдованія необходимо, чтобы сыворотка содержала значительныя количества гемолизиновъ, что въ дѣйствительности рѣдко бываетъ, въ особенности при такой медленно прогрессирующей болѣзни, какъ злокачественное малокровіе. Затѣмъ, какъ показалъ Tallqvist <sup>1)</sup>, даже при введеніи въ кровеносную систему кроликовъ растворовъ гемолитической субстанции, выдѣленной изъ члениковъ широкаго лентеца, дѣйствіе этого вещества на кровь ничтожно и не можетъ быть поставлено на ряду съ извѣстными кроверазрушающими веществами, въ родѣ солей фениль-гидразина и т. п.

Отсюда понятно, почему изслѣдователи не во всѣхъ случаяхъ перниціозной анэмій могли констатировать въ сывороткѣ крови присутствіе гемолитическихъ веществъ, исключая развѣ случаевъ *anhematopoiesis*'а костнаго мозга.

То же самое можно сказать и относительно тѣхъ гемолизиновъ, которые заключаются въ раковыхъ опухоляхъ.

Kullmann <sup>2)</sup> настаивалъ раковую опухоль съ полуторнымъ объемомъ смѣси глицерина и физиологическаго раствора; 1 с. см. фильтрованного экстракта былъ въ состояніи черезъ 2 часа растворить одно платиновое ушко крови; тотъ же авторъ показалъ, что гемолитическія вещества, заключающіяся въ раковыхъ опухоляхъ, съ трудомъ переходятъ въ вытяжку; его опыты показываютъ, что только большія количества экстракта изъ раковой опухоли, будучи впрыснуты въ брюшную полость кролика, вызываютъ у послѣдняго явленія значительнаго гемолиза.

Въ своихъ изслѣдованіяхъ надъ гемолитическими свойствами сыворотки крови, мы считали цѣлесообразнымъ прибѣгнуть къ методу, который даетъ возможность выразить въ цифрахъ количество распавшихся подъ вліяніемъ гемолизиновъ красныхъ кровяныхъ шариковъ въ опредѣленномъ объемѣ крови. При помощи этого же метода мы имѣемъ возможность точно опредѣлить силу гемолиза въ любой моментъ опыта.

Къ обыкновенно употребляемому способу, гдѣ о наступленіи гемолиза судятъ на основаніи появленія окраски физиологическаго раствора, заключающаго въ себѣ осадокъ промытыхъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, о наступленіи же полного гемолиза — при раствореніи осадка кровяныхъ тѣлецъ, мы не прибѣгли на основаніи только что изложенныхъ фактовъ: гемолитическая сила крови при анэміяхъ (перниціозной, раковой, при широкомъ лентецѣ), какъ только что сказано, весьма незначительна.

<sup>1)</sup> Loc. cit. стр. 473 и слѣд.

<sup>2)</sup> Kullmann. Ueber Haemolyse durch Carcinomextracte. Zeitsch. für Klinische Medicin. 1904, Bd. 53, стр. 296 и 301.



Для изслѣдованія гемолитическихъ свойствъ кровяной сыворотки мы пользовались слѣдующимъ методомъ: набирается кровь здороваго человѣка до 0,5 дѣленія пипетки счетчика *Zeiss'a*, при чемъ *соблюдаются всѣ правила, необходимыя при счетѣ красныхъ кровяныхъ шариковъ*, затѣмъ до 1 дѣленія набирается испытуемая сыворотка. которую добываютъ слѣдующимъ образомъ: шприцемъ набираютъ нѣсколько кубическихъ сантиметровъ крови изъ вены, центрифугируютъ, прозрачный слой сыворотки надъ сгусткомъ осторожно отсасываютъ помощью пипетки *Pasteur'a*, въ которой и сохраняютъ, запаявъ нижній конецъ пипетки.

Послѣ того, какъ испытуемая сыворотка набрана до 1 дѣленія, остальное пространство наполняютъ физиологическимъ растворомъ (9—на 1000) до 101 дѣленія. Въ другой контрольный смѣситель набираютъ до дѣленія 0,5 кровь того же больного, а затѣмъ до дѣленія 101 набираютъ физиологическій растворъ. Затѣмъ оба смѣсителя помѣщаютъ въ термостатъ при температурѣ 37° и черезъ опредѣленные промежутки времени производятъ счетъ красныхъ кровяныхъ шариковъ въ камерѣ *Zeiss'a* изъ того и другого смѣсителя.

По отношенію къ случаямъ пернициозной анэміи, которые я имѣлъ возможность изслѣдовать, присутствіе гемолизиновъ въ сывороткѣ могло быть доказано.

Напримѣръ, въ одномъ случаѣ злокачественнаго малокровія, гдѣ вскорѣ наступила смерть и аутопсія подтвердила прижитенный діагнозъ, гемолитическая сила этой сыворотки по отношенію къ краснымъ кровянымъ шарикамъ здороваго человѣка выразилась слѣдующими числами.

Черезъ 1/4 часа послѣ смѣшенія крови съ сывороткой	Въ контрольномъ смѣсителѣ.
3.280.000,	4.600.000,
черезъ 1/2 часа 2.600.000,	4.700.000,
черезъ 1 часъ 2.160.000.	4.600.000.

Изъ множества произведенныхъ изслѣдованій вліянія сыворотки больныхъ съ пернициозной анэміей на красные кровяные шарики здоровыхъ и больныхъ людей мы получали результаты аналогичные съ вышеприведенными въ таблицѣ — иначе говоря, помощью предложеннаго метода при параллельномъ контрольномъ счетѣ можно доказать, что данная сыворотка обладаетъ гемолитическими свойствами, что гемолизъ наступаетъ вскорѣ по смѣшеніи гемолитической сыворотки съ кровью здороваго человѣка, что гемолизъ медленно и постепенно нарастаетъ до извѣстнаго предѣла, далѣе котораго онъ можетъ и не итти; только продолжительное нахожденіе въ термостатѣ ведетъ къ дальнѣйшему распаду кровяныхъ тѣлецъ.



Въ сывороткѣ тѣхъ больныхъ съ перниціозной анэмией, которую мы изслѣдовали и которая оказалась содержащей гемолизины, мы нашли также вещества гемоагглютинирующія — не только по отношенію къ крови одного субъекта, но и цѣлаго ряда людей больныхъ и здоровыхъ.

Агглютинація наступаетъ тотчасъ по смѣшеніи крови, разболтанной въ фізіологическомъ растворѣ въ смѣсителѣ *Zeiss'a*, съ сывороткой больного съ перниціозной анэмией.

Слѣдуетъ отмѣтить, что агглютинирующая способность выражается не въ одинаковой степени по отношенію къ краснымъ кровянымъ шарикамъ различныхъ людей; въ этомъ мы убѣдились путемъ счета по полямъ зрѣнія въ аппаратѣ *Zeiss'a* агглютинировавшихся группъ красныхъ кровяныхъ шариковъ. Эта особенность крови различныхъ индивидуумовъ различно относится къ агглютиниnamъ, заключающимся въ сывороткѣ крови при перниціозной анэмии — имѣетъ аналогію съ свойствами агглютининовъ, заключающихся въ членикахъ широкаго лентца по отношенію къ кровянымъ шарикамъ различныхъ животныхъ; по изслѣдованію *Tallqvist'a* они не оказываютъ никакого вліянія на кровяные шарики однихъ животныхъ и агглютинируютъ другіе.

Прежде чѣмъ перейти къ нѣкоторымъ свойствамъ сыворотки крови при раковой анэмии, вспомнимъ, что большинство авторовъ причину этого малокровія видятъ въ гемолитическихъ веществахъ, вырабатываемыхъ раковыми кѣтками. Какія это вещества — точно не рѣшено. *Kullmann*, какъ уже выше было сказано, добывалъ изъ карциноматозно перерожденныхъ органовъ вещества, растворявшія кровь; они обладаютъ цвѣтомъ и консистенціей жира, растворимы въ алкоголѣ и эфирѣ. *Tallqvist*, называя эти вещества липоидами, отождествляетъ ихъ съ тѣмъ липоидомъ, который есть возбуждатель анэмии при лентецѣ.

По отношенію къ сывороткѣ раковыхъ больныхъ можно доказать, что при наличности анэмии въ сывороткѣ крови находятся вмѣстѣ съ гемолитическими веществами также и агглютинины; въ тѣхъ случаяхъ рака, которые не сопровождаются анэмией, и въ сывороткѣ крови нѣтъ ни гемолизиновъ, ни агглютининовъ<sup>1)</sup>.

При помощи вышеприведеннаго метода можно доказать, что распадѣніе красныхъ кровяныхъ шариковъ наступаетъ очень скоро послѣ смѣшенія взболтанной въ фізіологическомъ растворѣ крови человѣка съ сывороткою крови раковаго больного, при наличности у послѣдняго анэмии.

---

<sup>1)</sup> Напр., въ одномъ случаѣ рака желудка съ метастазами въ сальникъ и печени, что было подтверждено аутопсіей — составъ крови неоднократно опредѣляемъ былъ: Нб около 90%, красныхъ около 5.000.000, бѣлыхъ — 8.000.000.

Приводимъ примѣръ гемолиза: Кол. красн. кровян. шариковъ взболт. въ физіол. растворѣ при смѣшеніи съ сывороткой рако- ваго больного	Контрольный счетъ красныхъ кровяныхъ шариковъ безъ сы- воротки.
---	---

черезъ $\frac{1}{4}$ часа 2.840.000, черезъ $\frac{1}{2}$ часа 2.020.000, черезъ 1 часъ 1.380.000.	4.900.000, 5.000.000, 4.900.000.
--	--

По отношенію къ испытываемой сывороткѣ бралась кровь по меньшей мѣрѣ 5 лицъ, чѣмъ устранялась возможность случайнаго гемолитическаго воздѣйствія сыворотки раковаго больного на чужую кровь.

Кромѣ того, что мы могли убѣдиться въ гемолитическихъ свойствахъ сыворотки крови раковыхъ больныхъ (съ ясно выраженной анэмией), мы также нашли, что подобная сыворотка содержитъ агглютинины.

При смѣшеніи въ смѣситель Zeiss'a 0,5 объема сыворотки раковаго больного съ 0,5 объема здоровой крови, взболтанной въ 100 объемахъ физіологическаго раствора, агглютинація наступала черезъ нѣсколько минутъ. Эти агглютинирующія вещества не извлекаются эфиромъ изъ сыворотки, равно не теряютъ своего свойства при нагреваніи до 57°.

Если слѣдить за ходомъ агглютинаціи подъ микроскопомъ въ камерѣ Zeiss'a, то помощью счета по полямъ зрѣнія отдѣльныхъ кучекъ красныхъ кровяныхъ шариковъ и отдѣльныхъ экземпляровъ послѣднихъ, можно убѣдиться въ томъ, что по наступленіи извѣстнаго *optimum'a* агглютинаціи, затѣмъ наступаетъ раствореніе красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, что сказывается уменьшеніемъ количества кучекъ слипшихся шариковъ, равно уменьшеніемъ количества кровяныхъ тѣлецъ, заключающихся въ каждой кучкѣ отдѣльно.

Фактъ нахожденія въ сывороткѣ раковыхъ больныхъ, а также больныхъ перниціозной анэмией агглютинирующихъ веществъ, имѣетъ значеніе. *Tallqwist*, открывшій въ членикахъ широкаго лентца вещества, агглютинирующія кровь человѣка, кролика, не допускаетъ, чтобы эти вещества имѣли бы какое-либо значеніе — какъ кроверазрушающія *resp.*, вызывающія анэмию; основываетъ онъ свои заключенія на томъ основаніи, что не нашелъ въ сывороткѣ больныхъ, одержимыхъ широкимъ лентцомъ, агглютинирующихъ веществъ; послѣднія, по его мнѣнію, разрушаются пищеварительными соками человѣка и животного.

Помимо нахожденія въ сывороткѣ крови при ракѣ и прогрессивномъ малокровіи гемолизиновъ и агглютининовъ, интересно выяснить, какіе именно красные кровяные шарики скорѣе подвергаются гемо-

1) *Tallqwist*. Loc. cit., стр. 469.

лизу: тѣ ли, которые агглютинировались, или же тѣ, которые остались свободными въ сывороткѣ.

Объектомъ изслѣдованій мы брали сыворотку раковыхъ больныхъ и больныхъ пернициозной анеміей, агглютинировавшую и растворявшую кровь другихъ здоровыхъ людей.

Приводимъ выдержки изъ протокольныхъ записей:

Въ смѣситель *Zeiss*'а набрана до 0,5 дѣл. кровь здороваго человека, до 1 дѣл. сыворотки, а затѣмъ до 101 дѣл. физіол. растворъ. При счетѣ число свободныхъ красныхъ шариковъ было:

черезъ  $\frac{1}{4}$  часа 3.640.000,

черезъ  $\frac{1}{2}$  часа 3.120.000,

черезъ 1 часъ 3.020.000.

Число агглютинировавшихся кучекъ, сосчитанныхъ по полямъ зрѣнія (бралось среднее арифметическое при счетѣ въ 20 поляхъ зрѣнія), уменьшилось въ то же время въ такомъ отношеніи:

черезъ  $\frac{1}{4}$  часа 5,6,

черезъ  $\frac{1}{2}$  часа 4,4,

черезъ 1 часъ 3,5.

Изъ сопоставленія числовыхъ данныхъ мы приходимъ къ заключенію, что первыми подвергаются гемолизу тѣ кровяные шарики, которые подверглись агглютинаціи. Какъ было сказано, агглютинины въ сывороткѣ не теряютъ своихъ свойствъ при обработкѣ сыворотки эфиромъ.

Вышеизложенное приводитъ насъ къ слѣдующимъ заключеніямъ: въ сывороткѣ крови раковыхъ больныхъ можно открыть вещества, содержаціяся въ самихъ раковыхъ опухоляхъ — это альбумозы, присутствіе которыхъ въ сывороткѣ имѣетъ діагностическое значеніе.

Въ сывороткѣ раковыхъ больныхъ, а также страдающихъ злокачественнымъ малокровіемъ открываются гемолизины; помощью счисленія аппаратомъ *Zeiss*'а можно съ большой точностью слѣдить за процессомъ гемолиза; въ кровяной сывороткѣ при упомянутыхъ болѣзняхъ находятся агглютинирующія вещества; при гемолизѣ первыми распадаются тѣ кровяные шарики, которые подверглись агглютинаціи; распаденіе красныхъ кровяныхъ шариковъ происходитъ въ сосудистой системѣ.

---

### Случай стафилококкового энцефалита.

Въ ученіи о геморрагическомъ энцефалитѣ, симптоматологія и патологическая картина котораго разработана главнымъ образомъ русскими и нѣмецкими авторами, этиологія этого страданія еще мало изслѣдована.

То обстоятельство, что энцефалиты чаще наблюдаются во время эпидемій инфлюэнцы, при распространеніи цереброспинальнаго менингита, осложняютъ также заболѣванія гриппознаго характера, обусловленные *micrococcus catarrhalis*, встрѣчаются при стрептококковыхъ зараженіяхъ, маляріи, скарлатинѣ и т. п. — говоритъ не только въ пользу разнообразія этиологическаго момента, но и за то, что въ послѣднемъ главенствующее значеніе имѣетъ инфекция; чрезвычайно рѣдко встрѣчаются случаи энцефалита, гдѣ можно было бы указать на иное, не инфекціонное происхожденіе мозгового заболѣванія.

Ближайшая причинная связь между инфекціей и энцефалитомъ трактуется различно.

Нѣкоторые авторы<sup>1)</sup> полагаютъ, что непосредственное участіе микроорганизмовъ въ образованіи энцефалита доказано далеко не во всѣхъ случаяхъ послѣдняго; другіе<sup>2)</sup> говорятъ объ образованіи очаговъ воспаленія въ мозговомъ веществѣ какъ слѣдствіи заноса въ послѣднее микроорганизмовъ.

Возможно, что правы обѣ стороны; въ зависимости отъ характера инфекции — энцефалитическіе очаги могутъ быть исключительно токсическаго происхожденія, напр. при дифтеріи, или же, наоборотъ, нахожденіе самихъ микроорганизмовъ въ мозговомъ веществѣ (напр. при стрептококкцеміи) вызываетъ энцефалитъ. Бактеріологическое изслѣдованіе крови и спинномозговой жидкости представляется необходимымъ для выясненія этиологіи многихъ случаевъ заболѣванія энцефалитомъ.

Приводимый случай, наблюдавшійся пр.-доц. Г. И. Россолимо со-

---

<sup>1)</sup> П. А. Преображенскій. „О геморрагическомъ энцефалитѣ“. Журналъ невропатологіи и психіатріи имени С. С. Корсакова. 1905, кн. 3—4.

<sup>2)</sup> Robert Saundby. „An adress on cerebral influenza“. The Britisch Medical Journal. June 6. 1908, стр. 1344.

вмѣстѣ съ нами, остраго энцефалита представляетъ нѣкоторый интересъ потому, что этиологія его — инфекция стафилококкомъ, есть нѣчто новое въ томъ, что мы знаемъ о происхожденіи энцефалитовъ; кромѣ того, онъ дополняетъ клиническую картину особой формы геморрагическаго энцефалита.

Больной В. Е., 32-хъ лѣтъ, крѣпкаго тѣлосложенія, былъ доставленъ 14-го декабря 1907 г. въ терапевтическую клинику Екатерининской больницы послѣ тяжелаго эпилептиформнаго припадка, случившагося съ нимъ дома. Изъ разспросовъ близкихъ къ больному лицъ оказывается, что больной изъ здоровой семьи; нервныхъ или психическихъ заболѣваній у родителей и ближайшихъ родственниковъ больного не отмѣчается; въ дѣтствѣ перенесъ корь, скарлатину, дифтеритъ, затѣмъ, кромѣ незначительныхъ простудъ, до послѣдняго времени ничѣмъ не хворалъ. Больной злоупотребляетъ куреніемъ; полное воздержаніе отъ спиртныхъ напитковъ; на lues указаній нѣтъ ни въ настоящемъ, ни въ анамнезѣ.

Заболѣваніе началось 6-го декабря съ подергиваній въ различныхъ частяхъ тѣла кратковременныхъ и непостоянныхъ. 9-го декабря судорожныя до боли сокращенія въ лѣвой половинѣ груди въ области pectoralis majoris. 12-го декабря больной отмѣчаетъ судорожныя подергиванія въ лѣвой нижней конечности, начиная отъ паховой складки. 13-го декабря *при полномъ сознаніи и отсутствіи головной боли* <sup>t<sup>0</sup></sup> подымается до 40,1, падаетъ ночью до 38°; утромъ 14-го <sup>t<sup>0</sup></sup> 37°, продолжаются подергиванія въ лѣвой ногѣ, а въ часъ дня наступаетъ эпилептиформный припадокъ, послѣ котораго больной доставленъ въ клинику. При осмотрѣ оказывается: языкъ сухъ, диспептическихъ явленій нѣтъ, отправленія кишечника не задержаны, живото не вздутъ, нечувствителенъ; печень и селезенка не увеличены, моченспусканіе свободно, моча кисла, бѣлка и сахара не содержитъ, большой осадокъ мочеислыхъ солей; подъ микроскопомъ кромѣ уратовъ ничего другого. Органы дыханія уклоненія отъ нормы не представляютъ; органы кровообращенія въ порядкѣ; сердце не увеличено, тоны чисты, пульсъ 80, правильный, хорошаго наполненія. Нѣкоторая подавленность сознанія; медленно соображаетъ и отвѣчаетъ на вопросы; жалуется на головную боль, указывая при этомъ на правую теменную область. Изслѣдованіе глазного дна, повторенное въ слѣдующіе дни, уклоненій отъ нормы не обнаружило. Симптомъ Kernig'a отсутствуетъ.

На другой день рвота, неоднократно повторявшаяся; появленіе hemiplegiae sinistrae; къ ночи повтореніе рвоты, а затѣмъ до слѣдующаго утра (17-го декабря) 16 эпилептиформныхъ припадковъ; въ промежуткахъ между ними клоническія судороги въ обѣихъ верхнихъ конечностяхъ и мышцахъ шеи; явленія hemiplegi'i исчезаютъ. Больной жалуется на боли въ головѣ и поясницѣ; въ общемъ безучастенъ и въ подавленномъ состояніи; мочится подъ себя; отправленія кишечника помощью слабительнаго и клизмы.

Втеченіе слѣдующихъ сутокъ было семнадцать эпилептиформныхъ приступовъ; между приступами постоянныя судорожныя подергиванія головы и въ мышцахъ лѣвой половины туловища. Цианозъ; пульсъ слабъ во время припадковъ. Послѣ одного изъ эпилептиформныхъ припадковъ нами былъ произведенъ поясничный проколъ; подъ слабымъ давленіемъ вытекло около 6 с. ст. прозрачной жидкости со взвѣшенными въ ней во множествѣ бѣловатыми хлопьями. Подъ микроскопомъ въ отцентрифугированномъ осадкѣ оказалось много красныхъ кровяныхъ шариковъ, лимфоцитовъ и лейкоцитовъ; послѣдніе въ преобладающемъ количествѣ. Сдѣланы посѣвы на питательныя среды. Лейкоцитозъ: 20000.

Хлопья состоятъ изъ эндотеліальныхъ клѣтокъ, содержащихъ мельчайшія зернышки чернаго пигмента. На слѣдующія вслѣдъ за проколомъ сутки было только 8 эпилептиформныхъ припадковъ, рвоты не было; сознаніе гораздо яснѣе: больной отдастъ себѣ ясный отчетъ во всемъ, что происходитъ вокругъ него; 20-го декабря было 6 припадковъ. На питательныхъ средахъ выросла чистая культура стафилококка.

Больной спитъ хорошо, сознаніе значительно лучше; подергиванія головы и клоническія судороги въ pectoralis major лѣвой стороны. Лейкоцитозъ: 11000.

21-го декабря. Втеченіе сутокъ 4 припадка; подергиванія попрежнему; днемъ рвота.

Сознание ясное; отвѣчаетъ въпрочемъ неохотно; съ низшимъ персоналомъ вступаетъ въ грубыя пререканія — при перемѣнѣ бѣлья или при напоминаніи объ отправленіяхъ. Съ 22-го декабря эпилептиформные припадки прекратились и болѣе не повторялись. Черезъ два дня по прекращеніи эпилептиформныхъ припадковъ перестаетъ мочиться подъ себя.

Затѣмъ наступаетъ рѣшительный поворотъ къ лучшему; остаются небольшія подергиванія въ мышцахъ лѣвой нижней конечности; въ психикѣ есть еще небольшіе дефекты: жалуется, что по временамъ ощущаетъ какую-то „мутъ“ въ головѣ и что мысли ему по временамъ представляются спутанными; больной пишетъ письма къ роднымъ, читаетъ.

12-го января 1908. температура подымается до 38,8, поносъ; со стороны нервной системы — лишь небольшія подергиванія въ верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ. Дано слабительное. На другой день произведенъ поясничный проколъ — подъ большимъ давленіемъ вылилось около 30 с. см. прозрачной жидкости, содержащей эндотелиальныя клѣтки, изъ которыхъ нѣкоторыя были набиты зернышками темнаго пигмента; лейкоцитовъ не видно; посѣвы на питательныя среды оказались стерильными. Въ дальнѣйшемъ, кромѣ подергиваній въ мышцахъ главнымъ образомъ лѣвой половины туловища, ничего ненормальнаго.

22-го января больной выписывается изъ клиники. Черезъ три недѣли по выпискѣ изъ клиники больной былъ совершенно здоровъ.

Относительно діагноза даннаго случая скажемъ лишь существенное. Описанная форма остраго заболѣванія центральной нервной системы не можетъ подать повода къ смѣшенію съ абсцессомъ мозга; для послѣдняго нѣтъ ни соотвѣтствующей этиологіи, ни обыкновенно сопутствующаго менингита (если гной открылъ себѣ доступъ къ корѣ мозга); для предположенія о существованіи опухоли мозга нѣтъ на лицо застойнаго соска, стойкихъ очаговыхъ явленій; нѣтъ медленнаго развитія симптомовъ и характерныхъ головныхъ болей; о сифилисѣ мозга нѣтъ основаній думать: острое теченіе, бурная инфекція, чистый анамнезъ, наконецъ весь симптомокомплексъ — отвергаютъ мысль о люэтической природѣ заболѣванія.

Нѣтъ также повода думать о менингитѣ: на лицо не было ни одного характернаго менингеальнаго симптома.

Если держаться принятой нынѣ схемы клиническихъ формъ энцефалита, гдѣ общія явленія расстройства психики и сознанія комбинируются весьма разнообразно съ нервными (очаговыми) симптомами, то слѣдуетъ признать, что нашъ случай, какъ типъ инфекціоннаго заболѣванія головного мозга, представляетъ собою особенности, не отмѣченныя другими изслѣдователями; подробнѣе объ этомъ ниже.

Какъ было указано, ближайшая инфекціонная природа энцефалита въ большинствѣ случаевъ не подлежитъ сомнѣнію; по крайней мѣрѣ, тамъ, гдѣ энцефалитъ присоединяется къ типичной инфекціонной болѣзни — кори, скарлатинѣ, эндокардиту, сибирской язвѣ и т. п. Въ другихъ случаяхъ этиологія энцефалита остается темной, и только бактериологическое изслѣдованіе можетъ дать *intra vitam* разъясненіе вопроса объ этиологіи энцефалита.

По этому поводу интересно недавнее указаніе Emery <sup>1)</sup> на связь между гриппозными заболѣваніями, вызванными *micrococcus catarrha-*

<sup>1)</sup> См. R. Saundby loc. cit

lis, въ изобилии встрѣчающимся въ отдѣляемомъ носовой полости, и инфекціонными заболѣваніями головного мозга. По отношенію къ нашему случаю выяснилось, что въ этиологіи заболѣванія энцефалитомъ было зараженіе организма стафилококкомъ.

Въ доступной намъ литературѣ мы не нашли указанія на то, чтобы стафилококкъ былъ гдѣ-либо отмѣченъ какъ возбудитель энцефалита; нахожденіе этого микроорганизма въ спинномозговой жидкости вмѣстѣ съ наличностью высоко выраженного лейкоцитоза говоритъ за существованіе случаевъ непосредственной очаговой инфекціи мозга и притомъ съ благополучнымъ исходомъ. Объ одной токсэміи, поведшей къ энцефалиту, въ виду изложеннаго, нѣтъ основаній говорить.

Детальный анализъ нашего случая показываетъ, что заболѣваніе началось съ явленій кортикальной эпилепсіи безъ какихъ-либо другихъ явленій общихъ или мѣстныхъ; эти разбросанные въ различныхъ областяхъ мозговой коры энцефалитическіе очаги видимо не сопровождались большимъ нарушеніемъ цѣлости нервной ткани—настолько нестойка и преходяща была локалізація очаговъ. Вспышка явленій общей инфекціи, тяжелые эпилептиформные припадки и наступившія вмѣстѣ съ ними угнетеніе и вялость сознанія выступаютъ лишь на 6-й день заболѣванія.

По утвержденію авторовъ, спеціально изучавшихъ энцефалитъ въ его проявленіяхъ<sup>1)</sup>, расстройство психики есть явленіе постоянное, характеризующее болѣзнь, а потому и преобладающее въ клинической картинѣ болѣзни; эти расстройства необычайно разнообразны въ своихъ проявленіяхъ; тѣмъ не менѣе, по преобладанію тѣхъ или другихъ симптомовъ создаютъ извѣстныя клиническія формы энцефалита; такова, напримѣръ, картина остраго бреда, коматозная форма и т. п. Обычно сопровождающія расстройство психики и сознанія очаговія явленія, по заявленію авторовъ, весьма рѣдко предваряютъ картину расстройства общихъ функцій центральной нервной системы.

Впрочемъ, на ряду съ только что указанными формами энцефалита есть рядъ другихъ, гдѣ „нервные явленія“ безусловно господствуютъ надъ психическими, составляютъ основной фонъ картины болѣзни; таковы случаи, гдѣ энцефалитъ характеризуется общими эпилептиформными припадками и явленіями корковой эпилепсіи.

Эти случаи не часты: у Преображенскаго на 24 случая энцефалита пришлось два случая эпилептической формы геморрагическаго энцефалита; въ иностранной литературѣ приводятся немногочисленные случаи, гдѣ энцефалитъ протекалъ въ чистой формѣ Джексоновской эпилепсіи, а также какъ status epilepticus.

---

<sup>1)</sup> См. главн. образомъ Преображенскаго loc. cit.

Приводимый нами случай энцефалита, вызванный инфекцией стафилококкомъ, клинически представляетъ рѣдко встрѣчающуюся форму, гдѣ картина болѣзни складывается изъ наличности epileptiformныхъ припадковъ и явленій корковой epilepsii, тогда какъ расстройство психики и сознанія имѣли второстепенное значеніе и отступали на задній планъ.

---



## О плевритическихъ экссудатахъ съ эозинофильной формулой.

Всѣ имѣющіяся до сихъ поръ въ литературѣ свѣдѣнія и данныя по вопросу объ увеличеніи эозинофильныхъ клѣтокъ въ плевритическихъ экссудатахъ и параллельнаго увеличенія ихъ въ крови настолько скудны и недостаточны, что описаніе случая, которое я имѣю въ виду привести въ настоящемъ своемъ очеркѣ, по своей сравнительной рѣдкости заслуживаетъ нѣкотораго вниманія.

Дѣло заключается въ слѣдующемъ.

12-го марта 1908 года въ госпитальную терапевтическую клинику при Императорской Екатерининской больницѣ поступилъ больной А., 27-ми лѣтъ, съ жалобами на кашель съ кровавой мокротой, одышку, боли въ груди и въ лѣвой ногѣ.

Изъ разспроса выяснилось, что больной живетъ въ сухой и теплой квартирѣ съ теплымъ отхожимъ мѣстомъ. По профессіи онъ фотографъ, и помѣщеніе, въ которомъ работаетъ, — сыровато, подвержено сквознякамъ. Лѣтомъ не купается, въ баню ходитъ одинъ-два раза въ мѣсяцъ, табаку не курить, чай пьетъ раза три въ день по 3—4 стакана. Въ пріемъ спиртныхъ напитковъ не стѣсняется, въ особенности „при случаѣ“. Пища хорошая, одѣвается по сезону. Холость. Ночной отдыхъ достаточенъ, днемъ работаетъ. Дѣятельность не утомительна. На воздухѣ приходится бывать достаточно.

Изъ анамнеза больного извѣстно, что мать его умерла въ пожиломъ возрастѣ, хотя здоровьемъ особеннымъ не отличалась; объ отцѣ, какъ и о другихъ родственникахъ, больной никакихъ свѣдѣній не имѣетъ. Въ семьѣ было пять человѣкъ дѣтей, изъ коихъ двое умерло въ дѣтствѣ отъ простуды, а трое, — оставшіяся въ живыхъ, — относительно здоровы. Нашъ больной въ семьѣ по счету — третій. Родился онъ здоровымъ мальчикомъ и никакими дѣтскими болѣзнями не страдалъ; отмѣчаетъ лишь наклонность къ простудѣ, а именно: часто повторявшіеся кашель, насморкъ, бронхиты. На 22-мъ году перенесъ коклюшъ. Urethritis и lues отрицаетъ.

Настоящее заболѣваніе развилось сразу въ одинъ изъ послѣднихъ дней февраля текущаго года. Больного начало знобить, потомъ бросило въ жаръ. Черезъ день или два появились боли въ правомъ боку и кашель со ржавой мокротой. Приглашенный на домъ врачъ констатировалъ крупозное воспаленіе праваго легкаго и назначилъ соотвѣтствующее лѣченіе. Дней черезъ 6—7 <sup>т</sup>о упала критически, состояніе больного улучшилось и въ теченіе слѣдующихъ 2—3 дней таковымъ продолжало оставаться.

Боли въ боку прошли, ржавой мокроты не стало. Больной считалъ себя выздоровѣвшимъ и уже собирался встать съ постели, какъ вдругъ почувствовалъ сильнѣйшую боль въ лѣвой ногѣ, которая постепенно усиливалась, такъ что ни пассивныя, ни активныя движенія были невозможны. Одновременно на протяженіи всей ноги появилась краснота и опухоль. <sup>т</sup>о повысилась вновь. Вскорѣ, по словамъ больного, — черезъ день или два, возникли боли въ лѣвомъ боку и послѣдовалъ мучительный кашель съ кровавой мокротой.

Крови отдѣлялось такъ много, что больной готовъ былъ считать у себя „настоящее кровотечение изъ легкихъ“. Онъ опять сталъ лѣчиться на дому, но такъ какъ результатовъ никакихъ не видѣлъ, то рѣшилъ поступить въ клинику. Здѣсь констатированный мною *status praesens* гласитъ слѣдующее.

Аппетитъ отсутствуетъ, жажда рѣзко усилена. Языкъ сухъ, сильно обложенъ густымъ грязноватымъ налетомъ. За два дня до поступленія въ больницу тошнота и рвота слизью и желчью; отмѣчается общая наклонность къ запорамъ. Животъ нѣсколько вздутъ, но при давленіи не болѣзненъ. Печень и селезенка не увеличены и не прощупываются. Желчный пузырь также. Желтухи и малярии у больного не было. Мочеиспусканіе свободно, безболѣзненно и не учащено. Моча мутна, кирпично-желтаго цвѣта, кислая, уд. вѣсъ = 1017, содержитъ слѣды бѣлка. Сахара нѣтъ. Подъ микроскопомъ найдено немного лейкоцитовъ и клѣтокъ плоскаго эпителія; встрѣчаются единичные гіалиновые цилиндры. Въ осадкѣ огромное выпаденіе аморфныхъ солей кислаго мочекаислаго натра. Почки не прощупываются, со стороны мочеточниковъ и мочевого пузыря ничего особеннаго не отмѣчается. Насморка, носовыхъ кровотеченій нѣтъ. Имѣется сильный кашель со слизистогнойной мокротой и примѣсью крови, въ количествѣ  $\frac{1}{3}$  стакана *pro die*. Туберкулезныхъ палочекъ въ ней не найдено и реакція *Calmette'a* дала отрицательный результатъ. Кровохарканье отмѣчается со времени даннаго заболѣванія; сильная одышка и боли въ груди съ лѣвой стороны и спереди; строеніе груди нормальное; типъ дыханія — поверхностный. По перкуссии и аускультации: сзади и справа, начиная отъ нижняго угла лопатки и книзу имѣется приглушеніе легочнаго звука, на мѣстѣ котораго *fremitus pectoralis* и дыханіе ослаблены. Съ лѣвой стороны, — спереди, — въ области 2—3 реберъ относительное приглушеніе и при выслушиваніи на этомъ мѣстѣ — рѣзкій шумъ и треніе плевры; съ той же стороны, внизу, — по *linea axillaris* небольшое количество мелкихъ влажныхъ хриповъ. Лѣвая граница сердца на *linea mamillaris*, правая — посрединѣ грудины; тоны сердца чисты, шумы отсутствуютъ. Пульсъ 120 ударовъ въ 1 м., правильный, достаточнаго наполненія и напряженія. Сердцебиеніе и боли въ области сердца больной отрицаетъ. Изрѣдка жалуется на головную боль, на головокруженіе не жалуется. Сонъ плохой, такъ какъ безпокоятъ боли въ лѣвой ногѣ, малѣйшее движеніе которой, пассивное ли, или активное — вызываетъ рѣзкую болѣзненность, каковая является даже при самомъ незначительномъ надавливаніи, главнымъ образомъ по тракту венозныхъ стволовъ. При осмотрѣ и ощупываніи на протяженіи всей голени ясно выраженная краснота и разлитая плотная инфильтрація клѣтчатки. Колѣнный рефлексъ на правой ногѣ сохраненъ, зрачковые рефлексы нормальны. Память, соображеніе, настроеніе духа также уклоненій отъ нормы не представляютъ. Окраска покрововъ, губъ и видимыхъ слизистыхъ оболочекъ — нормальна; состояніе питанія хорошее. Т° у больного 39,2.

Немедленно же была назначена соотвѣтствующая терапия, а на третій день пребыванія больного въ клиникѣ произведена мною пробная пункция. Полученный экссудатъ обнаружилъ несомнѣнный геморрагическій характеръ, и подъ микроскопомъ, кромѣ значительнаго количества красныхъ кровяныхъ шариковъ свѣжихъ и давняго происхожденія, оказались и лейкоциты, которые на окрашенныхъ по способу *Giems'a* препаратахъ по своей морфологической структурѣ фигурировали въ слѣдующихъ % отношеніяхъ: 20,8% нейтрофиловъ, 27,7% лимфоцитовъ и 51,5% — эозинофиловъ. Никакихъ болѣзненныхъ формъ не найдено.

Теперь, прежде чѣмъ сдѣлать какія-либо частныя замѣчанія по поводу только что приведенныхъ результатовъ микроскопическаго изслѣдованія на окрашенныхъ препаратахъ, я позволю себѣ сказать нѣсколько словъ относительно дальнѣйшаго теченія болѣзни, чтобы потомъ къ этому вопросу уже болѣе не возвращаться. Спустя при-

близительно недѣлю послѣ поступленія больного въ клинику, т.-е. числа 19—20 марта, состояніе его начало постепенно улучшаться. Т<sup>о</sup> понемногу падала и 24—25 марта установилась въ предѣлахъ нормы. Явленія со стороны лѣваго легкаго также постепенно сошли на нѣтъ; въ правомъ легкомъ граница тупого звука пальца на 2—2<sup>1/2</sup> понизилась, а дыханіе и *fremitus pectoralis* прояснились. Очевидно, экссудатъ благополучно рассасывался. Самочувствіе возстановилось вполне, и 11 апрѣля, т.-е. черезъ мѣсяцъ, больной выписался почти совершенно выздоровѣвшимъ; оставалось лишь небольшое приглушеніе легочнаго звука съ правой стороны сзади и внизу въ области 10—11 реберъ, да нѣкоторыя болѣзненные ощущенія въ области икроножныхъ мышцъ лѣвой ноги. Инфильтраціи и уплотненія прилежащихъ тканей не было. Ходилъ больной свободно.

Не говоря уже о томъ, что сама картина болѣзни заслуживаетъ вниманія по своему теченію, чреватому рѣдкими и не совсѣмъ обычными для здороваго и молодого организма осложненіями, каковы: тромбофлебитъ, эмболія въ лѣвое легкое съ послѣдующимъ инфарктомъ и, наконецъ, правосторонній плевритическій выпотъ—весь особенный интересъ даннаго случая заключается въ процессѣ столь рѣзкаго увеличенія и скопленія въ плевритическомъ экссудатѣ эозинофильныхъ клѣтокъ. Какъ только фактъ преобладанія эозинофиловъ въ экссудатѣ былъ обнаруженъ, тотчасъ же въ томъ же направленіи были изслѣдованы мокрота и кровь больного, при чемъ въ мокротѣ эозинофилы найдены не были совершенно, между тѣмъ какъ въ крови они достигли при первомъ изслѣдованіи 15<sup>0/0</sup> и 13<sup>0/0</sup> съ дробью, приблизительно дней черезъ пять, въ моментъ повторнаго изслѣдованія.

Вопросъ о происхожденіи эозинофильныхъ клѣтокъ въ крови въ настоящее время представляется еще далеко спорнымъ. Въ то время какъ многіе авторы всецѣло пальму первенства отдаютъ теоріи Ehrlich'a — объ исключительномъ происхожденіи эозинофильныхъ клѣтокъ въ костномъ мозгу съ послѣдующей эмиграціей ихъ оттуда въ кровь, въ литературѣ однако существуетъ немало мнѣній насчетъ внѣкостномозгового происхожденія эозинофилии. Такъ, Neusser допускаетъ на ряду съ костнымъ мозгомъ образованіе эозинофильныхъ клѣтокъ и внѣ его, напр., въ кожѣ, легкихъ, почкахъ и др. органахъ, и думаетъ, что эозинофильныя клѣтки представляютъ собою продуктъ секретіи, вызванной раздраженіемъ симпатическаго нерва, подобно тому какъ наблюдается увеличеніе зернистыхъ клѣтокъ въ слизистыхъ слюнныхъ железахъ собакъ при искусственномъ раздраженіи *nervi sympathici* (Богдановъ). Тѣ же идеи о внѣкостномозговомъ происхожденіи эозинофильныхъ клѣтокъ высказываютъ въ своихъ работахъ Müller и Rieder, Freiberg и Harmsen. Klein въ своей большой работѣ о происхожденіи и значеніи эозинофиловъ въ крови того мнѣнія, что эозинофилы суть обыкновенные нейтрофильные лейкоциты, воспринявшіе въ себя гемоглобинъ красныхъ кровяныхъ шариковъ при

условіи ихъ распада и гибели. *Weidenreich* наблюдалъ въ аденоидной ткани овецъ и крысъ лимфоциты, которые, воспринимая въ себя благодаря фагоцитозу разрушенные красные кровяные шарики, превращаются въ типическихъ многоядерныхъ эозинофиловъ. Анна Салтыкова, Кульбинъ и другіе высказываются въ послѣднее время за происхожденіе самыхъ эозинофильныхъ зернышекъ изъ гемоглобина эритроцитовъ (*Подвысоцкій*). Сахаровъ является также сторонникомъ фагоцитарнаго происхожденія эозинофильныхъ зернышекъ и, считая этихъ послѣднихъ ядрышками (нуклеолами) эритробластовъ, такимъ образомъ формулируетъ свою теорію: „Въ ядрахъ гемагобластовъ заключены окрашивающіяся эозиномъ ядрышки, которыя выходятъ частью въ протоплазму, превращаясь путемъ сліянія другъ съ другомъ въ субстанцію эритроцитовъ, частью же въ плазму крови, гдѣ они поглощаются лейкоцитами и становятся эозинофильными грануляціями“ (по *Богданову*). *Мечниковъ*, *Cantacuzene*, *Mesnil*, *Bordet*, *Jolis* наблюдали явленія окрашиваемости эозиномъ бактерій, которыя были захвачены клѣтками и тамъ внутри нихъ умерли. *Mesnil*’ю удалось даже видѣть непосредственное превращеніе въ эозинофильныя зернышки бактерій сибирской язвы, а *Herdy* и *Keng* наблюдали превращеніе въ эозинофильныя зернышки мертвыхъ кровяныхъ шариковъ, захваченныхъ лейкоцитами (цитировано по *Подвысоцкому*). Профессоръ *Подвысоцкій*, ссылаясь на работы нѣкоторыхъ изъ вышеупомянутыхъ авторовъ, а также на работы приватъ-доцента *Тарасевича* и *Щастнаго*, которымъ удалось вызывать образованіе эозинофиловъ путемъ повторныхъ впрыскиваній въ брюшную полость промытыхъ NaCl красныхъ кровяныхъ шариковъ гусей и, кромѣ того, доказать прямую зависимость образованія эозинофильныхъ клѣтокъ отъ количества разрушаемыхъ эритроцитовъ, приходитъ къ тому заключенію, что „если взглядъ Эрлиха объ исключительномъ образованіи эозинофиловъ въ костномъ мозгу невѣренъ даже при нормальныхъ условіяхъ, то тѣмъ болѣе взглядъ этотъ не соответствуетъ дѣйствительности при различныхъ патологическихъ состояніяхъ организма. Есть основаніе утверждать, что эозинофильныя лейкоциты могутъ образоваться и въ селезенкѣ, и въ лимфатическихъ железахъ, и вообще во всѣхъ тканевыхъ щеляхъ, особенно въ серозныхъ полостяхъ при условіи происходящаго здѣсь разрушенія красныхъ кровяныхъ шариковъ“. Въ дополненіе ко всему сказанному считаю нужнымъ упомянуть еще о работѣ *Pröschera* и *Pappenheim’a*, которые, впрыскивая въ вены кролика смѣсь изъ растертаго въ физиологическомъ растворѣ NaCl тѣла *taenia solium*, *taenia saginata*, а также *distomum hepaticum* вызывали одноклеточный эозинофильный лейкоцитозъ. (*Вагнеръ*). Съ другой же стороны самъ *Pröschер*, впрыскивая тѣ же вытяжки въ брюшную полость кролика, наблюдалъ in loco переходныя формы измѣненнаго въ смыслѣ эозинофильной зернистости эндотелія брюшины къ мононуклеарнымъ эозинофиламъ. (*Gravitz*). *Widal* и *Faure Beaulieu* въ своей

работѣ „Eosinophilémie et histoeosinophilémie“ описываютъ случай плевритическаго экссудата съ одновременнымъ скопленіемъ въ немъ и въ крови больного эозинофильныхъ клѣтокъ, который при аутопсії обнаружилъ присутствіе эозинофиловъ въ селезенкѣ, костномъ мозгу, лимфатическихъ железахъ, а также въ утолщенной плеврѣ и соединительной ткани печени. Не находя для подобнаго рода состояній достаточныхъ объясненій, авторы склонны считать подобныя явленія за явленія гистозеозинофилии. Они высказываютъ предположеніе относительно того, не происходитъ ли при локализованной картинѣ эозинофилии подобныхъ же измѣненій и въ другихъ кровеобразовательныхъ органахъ. Таковъ въ общемъ краткій обзоръ теорій происхожденія эозинофильныхъ клѣтокъ.

Что касается собственно вопроса о тѣхъ патологическихъ процессахъ, при которыхъ количество эозинофиловъ представляется увеличеннымъ, то въ этомъ направленіи имѣются болѣе точныя и болѣе обширныя наблюденія. Какъ извѣстно, содержаніе эозинофиловъ въ нормальной крови колеблется отъ 1% до 3%, а въ дѣтской крови % этотъ обычно бываетъ увеличенъ, какъ правило (Zappert). Въ патологическихъ случаяхъ процентное увеличеніе эозинофильныхъ клѣтокъ наблюдается: во 1-хъ, передъ и во время припадковъ бронхіальной астмы, когда вмѣсто обычныхъ 1% — 3% количество эозинофиловъ можетъ достигать 20% и даже выше (Габричевскій, Fink, Берестневъ); во 2-хъ, при нѣкоторыхъ кожныхъ болѣзняхъ: pemphigus, dermatitis bullosa, гдѣ они часто достигаютъ свыше 40% (Aubertin, Widal et Beaulieu); въ 3-хъ, при лейкеміи (Гайемъ, Жоли, Шпилингъ и Zappert); въ 4-хъ, Zappert въ своей статьѣ „Über das Vorkommen der Eosinophilen Zellen im menschlichen Blute“ указываетъ, что при хлорозѣ и тяжелыхъ формахъ анемій %-е содержаніе эозинофиловъ также нерѣдко оказывается повышеннымъ; въ 5-хъ, въ той же статьѣ онъ приводитъ нѣсколько случаевъ катарральной желтухи, цирроза печени, нефрита, гдѣ наблюдалось увеличеніе количества эозинофильныхъ клѣтокъ. Далѣе, тотъ же Zappert указываетъ въ своей обширной работѣ случаи повышенія эозинофилии и при такъ назыв., функціональныхъ невросахъ, каковы Базедова болѣзнь, истерія, неврастенія, тики и т. д., между тѣмъ какъ при анатомическихъ заболѣваніяхъ нервной системы и при психозахъ % эозинофиловъ остается въ нормѣ. Наконецъ, въ своей работѣ онъ упоминаетъ, что при высокой лихорадкѣ количество вообще оксифильныхъ элементовъ редуцируется и оно увеличивается по мѣрѣ того, какъ лихорадка подходит къ концу. „Впрочемъ, — говоритъ онъ далѣе, — иногда это увеличеніе является уже во время лихорадочнаго стадія“ (während des Fieberstadiums). Приведеннымъ однако вопросъ объ увеличеніи % содержанія эозинофиловъ въ крови еще не исчерпывается. Многіе находили его при трихинной болѣзни, при наличности глистовъ въ кишечникѣ, особенно anchylostoma duodenale. Roger и Josué находили

до 25% эозинофиловъ у здороваго человѣка въ выпотѣ послѣ муш-ки. Они и другіе наблюдали эозинофилю въ начальныхъ стадіяхъ туберкулеза и при туберкулезѣ съ склонностью къ рубцеванію, тогда какъ въ разгарѣ болѣзненнаго процесса ея обычно не находили. *Ehrlich* думаетъ, что бактеріальные токсины, дѣйствуя на костный мозгъ, задерживаютъ продукцію эозинофиловъ. *Боткинъ* и *Gravitz* видѣли увеличеніе эозинофилии послѣ впрыскиванія туберкулина, а *Максимовъ*, вызывая у различныхъ животныхъ искусственный амилоидъ впрыскиваніемъ имъ бактерійныхъ ядовъ, также находилъ колоссальное увеличеніе количества эозинофиловъ какъ въ крови, такъ и въ костномъ мозгѣ (*Богдановъ*). Описаны случаи эозинофильнаго лейкоцитоза при гипертрофическомъ циррозѣ печени—7%, *lues'is hepatis*—12,3%, злокачественныхъ новообразованійхъ—до 6,5%, а также при эхинококкѣ въ печени и другихъ внутреннихъ органахъ. Такъ проф. *Вагнеръ* въ своей статьѣ „Къ вопросу объ эозинофильномъ лейкоцитозѣ при эхинококкѣ внутреннихъ органовъ“ описываетъ случай эхинококка легкаго и печени, гдѣ количество эозинофиловъ въ крови достигало 64%. Въ той же статьѣ онъ ссылается на работы другихъ авторовъ, напр., *Devé*, *Bloch'a*, *Santuzzi* и др., которые сообщаютъ случаи увеличенія эозинофилии въ крови при эхинококкѣ печени и другихъ органовъ и тканей. Кромѣ того, многія вещества, какъ антипиринъ, фенацетинъ, камфора, пикриновая кислота, шпанскія мушки и др., иногда даютъ, впрочемъ и не столь значительное, увеличеніе количества эозинофиловъ (по *Вагнеру*).

Во всей доступной мнѣ отечественной литературѣ я вовсе не нашелъ случаевъ описанія плевритическихъ экссудатовъ съ повышеннымъ содержаніемъ эозинофильныхъ клѣтокъ и, главнымъ образомъ, думаю потому, что, какъ говоритъ *Dieulafoy*, эозинофилия въ плевритическихъ экссудатахъ относится вообще къ явленіямъ, весьма рѣдко встрѣчающимся. Что же касается иностранныхъ источниковъ, то они также далеко не могутъ претендовать на богатство работъ по интересующему насъ вопросу. Такъ, многіе изъ авторовъ, посвящая труды свои вопросу о происхожденіи и значеніи встрѣчающихся при различнаго рода экссудатахъ и трансудатахъ клѣткахъ вообще и въ частности эозинофильныхъ клѣткахъ, или вовсе умалчиваютъ объ этихъ послѣднихъ, и о возможности существованія ихъ въ плевритическихъ экссудатахъ, или только упоминаютъ вскользь, избѣгая какихъ-либо научныхъ разъясненій. Такъ, *Lossen* въ одномъ мѣстѣ большой своей статьи<sup>1)</sup> указываетъ мелькомъ на работу *Biebergeil'a*, который приводитъ десять случаевъ плевритическихъ экссудатовъ, гдѣ среди нейтрофиловъ и полинуклеарныхъ лейкоцитовъ найдены были и эозинофилы; въ другомъ мѣстѣ *Lossen* приводитъ случай

---

<sup>1)</sup> „Untersuchungen über die in der Ergüssen und in der serösen Auskleidung der menschlichen Pleura-und Peritonealhöhle bei Entzündungen vorkommenden Zellen“.

эозинофилии въ экссудатѣ впрочемъ у субъекта, гдѣ съ положительной точностью была доказана туберкулиновая реакція. Упомяну здѣсь кстати, что аналогичный случай въ весеннемъ полугодіи 1908 года наблюдалъ у себя въ палатѣ ассистентъ нашей клиники А. С. Егоровъ. При микроскопическомъ изслѣдованіи серознаго на видъ экссудата имъ было найдено поразительное обиліе эозинофиловъ. Въ крови больного количество ихъ оказалось также значительно повышеннымъ. Реакція *Calmette'a* дала положительный результатъ, а вторая пункция обнаружила выпотъ чисто геморрагическаго характера, что по своей патогмоничности для туберкулеза играетъ также, какъ извѣстно, не послѣднюю роль. Если все вышеприведенное относительно различныхъ патологическихъ состояній, при которыхъ наблюдается процентное увеличеніе эозинофильныхъ клѣтокъ, принять за непреложную истину, то случаи *Lossen'a* и *Егорова* съ увеличеніемъ экссудативной, если можно такъ выразиться, эозинофилии находятъ для себя достаточно объясненій уже по одному тому, что они, отличаясь специфической чувствительностью и предрасположеніемъ, уже давно, вѣроятно, носили въ себѣ стойкіе зачатки того заболѣванія, для котораго, какъ было упомянуто, картина увеличенія эозинофильныхъ клѣтокъ представляется во многихъ случаяхъ положительно установленной. У нашего больного не удастся констатировать какихъ-либо указаній на туберкулезъ, да и вообще на заболѣванія, при которыхъ эозинофильный лейкоцитозъ не является особенной рѣдкостью, почему описываемый случай имѣетъ право на самостоятельное мѣсто среди другихъ патологическихъ состояній, для которыхъ уже извѣстны и болѣе или менѣе точно установлены явленія увеличенія и скопленія эозинофильныхъ клѣтокъ въ крови и другихъ тканяхъ въ организмѣ. Если это такъ, то спрашивается, каково же происхожденіе экссудативной эозинофилии и эозинофилии крови въ сообщаемомъ мною случаѣ? Прежде чѣмъ отвѣтить на этотъ въ высшей степени сложный и трудный вопросъ, вернемся опять къ литературѣ и, бросивъ внимательный взглядъ на имѣющіеся въ нашемъ распоряженіи источники, увидимъ здѣсь работу доктора *Станислава Клейна* о происхожденіи и значеніи эозинофилии ткани и крови, помѣщенную имъ въ „Centralblatt für innere Medicin“ за 1899 годъ. Въ этой работѣ онъ приводитъ одинъ собственный случай геморрагическаго экссудата и два аналогичныхъ случая *William'a Harmsen'a*. Во всѣхъ трехъ случаяхъ количество эозинофиловъ въ экссудатахъ и крови было значительно повышено; такъ, наприм., въ своемъ случаѣ *Клейнъ* насчитывалъ до 76,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub> — въ экссудатѣ и отъ 12,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> до 40<sup>0</sup>/<sub>0</sub> эозинофиловъ въ крови. Въ первомъ случаѣ *Harmsen'a* количество ихъ въ экссудатѣ достигало 39<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (кровь изслѣдована не была), во второмъ — въ экссудатѣ доходило до 56,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, а въ крови до 90<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Въ наблюдаемомъ мною случаѣ, какъ я упоминалъ выше, количество эозинофиловъ въ экссудатѣ равнялось 51,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, въ крови же достигало 15<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Случаи эти по опре-



дѣленному мѣсту локализациі (плевритическій экссудатъ) и цитологической (эозинофильной) картинѣ представляютъ почти полную аналогію. Основная идея всей работы Клейна заключается въ томъ, что онъ отрицаетъ эозинофиловъ какъ морфологически самостоятельныя формы, полагая, что эти послѣдніе, т. - е. эозинофилы, происходятъ изъ обыкновенныхъ нейтрофиловъ или лимфоцитовъ, которые въ моментъ воспалительной реакціи эмигрируютъ изъ крови въ экссудатъ и здѣсь, воспринимая въ себя красящее вещество крови во время распада и гибели красныхъ кровяныхъ шариковъ, пріобрѣтаютъ зернистость и превращаются въ эозинофильныя клѣтки. Что касается ихъ діагностическаго значенія, то *Клейнъ* ограничиваетъ его тѣмъ, что большое присутствіе эозинофиловъ въ патологическихъ процессахъ должно всегда обращать наше вниманіе на возможность существованія въ организмѣ экстравазатовъ или кровяныхъ выпотовъ. *Neusser* же приписываетъ эозинофиламъ большое діагностическое значеніе: онъ думаетъ, что увеличеніе эозинофиловъ въ крови указываетъ на раздраженіе п. *simpathici* и что, найдя поэтому исходный пунктъ этого раздраженія, напр., яичникъ, можно посредствомъ мѣстнаго лѣченія или операции вылѣчить больного (*Богдановъ*). *Ehrlich* на основаніи своихъ наблюденій отмѣчаетъ, что „увеличеніе въ крови эозинофильныхъ клѣтокъ всегда указываетъ на хроническія измѣненія въ кровеобразовательныхъ органахъ“ (*Müller* и *Rieder*). Наконецъ, *Подвысоцкій* и *Вагнеръ* указываютъ на нѣкоторыхъ русскихъ, но, главнымъ образомъ, англійскихъ и французскихъ авторовъ, которые приписываютъ эозинофиламъ защитительную роль въ организмѣ въ смыслѣ образованія за ихъ счетъ бактеріеубивающихъ веществъ крови (алексоциты) и уничтоженія вредящихъ организму веществъ (антифтеры, отъ *φθειρω* - врежу). Насколько всѣ эти предположенія оправдываютъ себя, до сихъ поръ остается еще совершенно неизвѣстнымъ.

Если теорія *Станислава Клейна* о происхожденіи эозинофильныхъ клѣтокъ и грѣшитъ до нѣкоторой степени своей крайностью, то взглядъ проф. *Подвысоцкаго*, который, отвергая исключительность образованія ихъ въ костномъ мозгу, все же допускаетъ происхожденіе эозинофиловъ въ другихъ органахъ, напр., въ селезенкѣ, лимфатическихъ железахъ и „особенно серозныхъ полостяхъ при условіи происходящаго здѣсь разрушенія красныхъ кровяныхъ шариковъ“, по моему мнѣнію, наиболѣе соответствуетъ сущности происхожденія и развитія эозинофильныхъ клѣтокъ въ сообщаемомъ мною случаѣ и, быть можетъ, въ другихъ ему подобныхъ. И, въ самомъ дѣлѣ, хотя теорія *Ehrlich'a* имѣетъ за собой серьезныя научныя заслуги, однако не меньшее значеніе въ вопросѣ происхожденія эозинофилии имѣютъ работы другихъ многочисленныхъ авторовъ о внѣкостномозговомъ ея происхожденіи.

Итакъ, если, съ одной стороны, въ вопросѣ о параллельномъ скопленіи и увеличеніи процентнаго содержанія эозинофиловъ въ крови



и въ плевритическихъ экссудатахъ важную роль играютъ явленія клѣточного химіотаксиса въ смыслѣ присутствія въ крови веществъ, обладающихъ къ эозинофильнымъ лейкоцитамъ положительнымъ химіотактическимъ свойствомъ и обусловливающихъ, слѣдовательно, ихъ усиленную эмиграцію изъ костнаго мозга въ кровь, а оттуда въ плевральную полость, то, съ другой стороны, нельзя не допустить возможности и мѣстнаго образованія эозинофиловъ въ полости плевры, въ особенности при благопріятномъ условіи присутствія въ ней геморрагическаго выпота съ разрушеніемъ красныхъ кровяныхъ шариковъ и поглощеніемъ ихъ обычными нейтрофильными лейкоцитами, количество которыхъ могло даже оказаться здѣсь уже повышеннымъ благодаря ли предшествовавшей пневмоніи, или общей воспалительной реакціи въ организмѣ, или еще другимъ какимъ-либо факторамъ.

За мѣстный характеръ образованія эозинофильныхъ клѣтокъ въ плевральной полости, по моему мнѣнію, отчасти можетъ говорить и то обстоятельство, что тамъ *in loco* эозинофилы являются элементомъ далеко преобладающимъ среди другихъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, и что количество ихъ въ экссудатѣ по формулѣ болѣе чѣмъ втрое превышаетъ количество ихъ въ крови.

За неимѣніемъ собственныхъ и литературныхъ наблюденій по интересующему насъ вопросу, я далекъ отъ мысли непременно утверждать эту двойственность въ образованіи и развитіи эозинофилии, тѣмъ не менѣе предположеніе о возможности подобнаго ея происхожденія вообще и въ частности въ описываемомъ случаѣ заслуживаетъ, мнѣ кажется, должнаго вниманія. Такъ ли это или иначе, все же необходимо считаться со слѣдующими, установленными до сихъ поръ въ наукѣ, положеніями:

I. Эозинофилія постольку принадлежитъ къ явленіямъ клѣточного химіотаксиса, поскольку она можетъ быть и мѣстнаго происхожденія при условіи распаденія красныхъ кровяныхъ шариковъ и поглощенія ихъ содержаимаго циркулирующими тамъ лейко- и лимфоцитами.

II. Она не представляетъ специфической реакціи, но—одну лишь фазу реакціи лейкоцитарной.

III. Она токсическаго, инфекціоннаго и дискразическаго происхожденія и можетъ зависѣть отъ дѣятельности нервной системы и,

IV, мѣстная эозинофилія совпадаетъ съ эозинофіліей въ крови.

Въ заключеніе долженъ сказать, что вопросъ объ эозинофилии еще такъ мало разработанъ, практическій смыслъ его пріобрѣлъ такъ мало научныхъ завоеваній, что въ большинствѣ всѣхъ описанныхъ случаевъ, а въ частности и въ нашемъ—пока онъ представляетъ собою лишь теоретическій интересъ.

---

### Случай хронической дизентеріи.

Описываемый случай хронической дизентеріи представляетъ интересъ какъ въ діагностическомъ отношеніи, такъ и въ отношеніи теченія болѣзни. Несмотря на продолжительность страданія и на серіозныя осложненія въ теченіи болѣзни, случай кончился полнымъ выздоровленіемъ. По наблюденіямъ многихъ авторовъ, амёбныя дизентеріи, нерѣдко переходящія въ хроническую форму, даютъ большой процентъ смертности (по Griesinger'у до 36<sup>0</sup>/<sub>0</sub>); смерть обычно наступаетъ отъ истощенія и отъ различныхъ осложненийъ въ теченіи болѣзни. Въ противоположность амёбнымъ, бацилярныя дизентеріи рѣже переходятъ въ хроническую форму и даютъ меньшій <sup>0</sup>/<sub>0</sub> смертности (по Roux 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> — 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). Въ смыслѣ діагноза этотъ случай интересенъ главнымъ образомъ потому, что онъ легко могъ быть принятъ за туберкулезъ кишекъ; болѣе подробно я остановлюсь на этомъ въ дальнѣйшемъ изложеніи. Теперь перехожу къ исторіи болѣзни даннаго случая:

Больная Р., 28 л., поступила въ терапевтическую клинику 25 сентября 1907 года; жалобы ея были слѣдующія: боли въ животѣ и заднемъ проходѣ — при дефекаціи, частые позывы на низъ, тенезмы и кровянистыя испражненія. Больна два года. Постояннымъ мѣстожителемъ больной былъ южный берегъ Крыма; послѣдніе два мѣсяца передъ поступленіемъ въ клинику провела въ Москвѣ. Условія и образъ жизни — удовлетворительны. Замужемъ пять лѣтъ, имѣетъ одного ребенка, беременности больше не было; занимается домашнимъ хозяйствомъ. Status praesens: больная средняго роста, безъ какихъ-либо измѣненій въ костномъ скелетѣ. Мышцы дряблы, подкожный жирный слой почти отсутствуетъ; кожа суховата, видимыя слизистыя оболочки блѣдны. Органы пищеваренія: аппетитъ умѣренный, языкъ чистый, нѣсколько суховатъ; жажда усилена, въ полости рта ощущаетъ сухость, глотаніе не нарушено. Со стороны желудка, кромѣ незначительной боли, временами появляющейся въ подложечной области, отмѣтить нечего. Дѣйствіе кишечника сопровождается рѣзкими болями въ животѣ и заднемъ проходѣ, стулъ учащенъ (отъ 10—20 разъ въ сутки); испражненія выделяются въ скудномъ количествѣ, зловонны и содержатъ слизь, кровь и гной. Животъ впалый, при пальпаціи — рѣзкая чувствительность на мѣстѣ flexura sigmoidea; тутъ же прощупывается небольшая резистентность. Печень и селезенка не увеличены и не прощупываются. Маляріей и желтухой никогда не хворала; на lues и blenorrhoea никакихъ указаній не имѣется. Мочеиспусканіе совершается свободно и безболѣзненно; моча никакихъ особенностей не представляетъ. Почки слегка подвижны и прощупываются, мочевой пузырь — N. Въ половой сферѣ имѣется retroflexio uteri mobilis. Органы дыханія уклоненій отъ нормы не представляютъ; въ области легкихъ перкуторный звукъ всюду ясный, дыханіе везикулярное, хриповъ нѣтъ.

Органы кровообращенія — N. Со стороны нервной системы кромѣ безпокойнаго сна, вслѣдствіе частыхъ позывовъ на низъ, отмѣтитъ нечего. Кровь: гемоглобина 60%, эритроцитовъ 4.720.000, лейкоцитовъ 7.040; отношеніе полинуклеаровъ къ лимфоцитамъ какъ 10:1; эозинофилии нѣтъ. Железы не увеличены, t<sup>0</sup> тѣла 37,6.

Анамнезъ. Больная происходитъ изъ здоровой семьи; на lues, туберкулезъ и алкоголизмъ никакихъ указаній нѣтъ. Въ дѣтствѣ (13 л.) перенесла скарлатину, послѣ нея осложненийъ не было. 8 лѣтъ назадъ по поводу общаго малокровія лежала въ факультетской терапевтической клиникѣ, гдѣ пробыла около одного мѣсяца и выписалась, значительно поправившись. 24 лѣтъ вышла замужъ, имѣла всего одну беременность; роды были трудныя, но кончились благополучно какъ для матери, такъ и для ребенка. Настоящее заболѣваніе началось два года назадъ: на третьемъ мѣсяцѣ беременности больная захворала острой формой дизентеріи (былъ кровавый поносъ, частые позывы на низъ, тенезмы; t<sup>0</sup> была повышена); лѣчилась больная танниновыми клизмами. Острый періодъ продолжался недолго и незамѣтно перешелъ въ хроническую форму. Больная отмѣчаетъ, что, несмотря на предупрежденія наблюдавшаго ее врача, она слишкомъ рано оставила діету и перешла къ обычной пищѣ. Съ этихъ поръ кровавые поносы и боли въ заднемъ проходѣ являются постоянной жалобой больной. Въ послѣдующіе два года въ состояніи больной наблюдалось постоянное чередованіе ухудшеній съ улучшеніями и, несмотря на то, что она не разъ обращалась къ помощи врачей, болѣзнь не поддавалась никакимъ мѣропріятіямъ съ ихъ стороны. По поводу этихъ страданій больная поступила въ нашу клинику. Здѣсь ей вскорѣ было произведено изслѣдованіе прямой кишки ректоскопомъ, причемъ оказалось, что на высотѣ 10 — 12 ст. слизистая вся разрыхлена, воспалена и покрыта кровоточащими язвочками, величиной съ десятикопѣчную монету, неправильной формы, съ разрыхленными краями; по своему характеру онѣ нѣсколько напоминали туберкулезныя язвы; поэтому было сдѣлано изслѣдованіе испражнений на Коч'овскія палочки; однако это изслѣдованіе, произведенное неоднократно, а также реакція на туберкулинъ по Volf-Eisner'у и Calmett'у дали отрицательные результаты. На ряду съ этимъ былъ произведенъ анализъ свѣжихъ слизисто-кровянистыхъ выдѣленій изъ кишечника на присутствіе въ нихъ дизентерійныхъ амѣбъ; но при неоднократныхъ тщательныхъ изслѣдованіяхъ констатировать ихъ намъ не удалось. Такіе же результаты дали изслѣдованія на бациллы Schiga-Kruse.

Перехожу къ описанію теченія болѣзни.

Первыя двѣ недѣли пребыванія больной въ клиникѣ измѣненій къ лучшему, несмотря на всѣ наши мѣропріятія, не было. Поносы съ кровью, боли и общее состояніе больной скорѣе ухудшались, чѣмъ улучшались. На третьей недѣлѣ пребыванія въ клиникѣ больная стала жаловаться на боли въ области правой почки, t<sup>0</sup> при этомъ стала повышаться, въ мочѣ появилось большое количество гноя, въ осадкѣ же оказалось много почечнаго эпителия; словомъ, мы должны были признать осложненіе шѣлитомъ. Къ этому вскорѣ присоединились пораженія сначала праваго, а затѣмъ и лѣваго лучезапястнаго суставовъ. Особенно сильно былъ затронутъ правый лучезапястный суставъ, въ которомъ въ теченіе нѣсколькихъ дней развился острый воспалительный процессъ съ выпотомъ въ суставъ и съ отекомъ кисти и всего предплечья; въ это же время на тѣлѣ мѣстами появились абсцессы; словомъ, развилась картина болѣзни, напоминающая нѣмію. Въ виду этого изъ вены было взято 10 к. с. крови и посѣяно на бульонъ; черечъ 24 часа мы получили смѣшанную культуру кокковъ и коротенькихъ цѣпочекъ; эта культура была перевита на агаровую среду и на слѣдующій день мы получили чистый *staphylococcus albus*.

Больная пережила этотъ тяжелый острый періодъ и послѣ этого стала понемногу поправляться. 17 декабря вновь было сдѣлано изслѣдованіе прямой кишки ректоскопомъ, причемъ слизистая оказалась гиперемированной и покрытой кровоточащими узелками величиной съ маленькій орѣшекъ, площадь же пораженія была значительно меньше, чѣмъ при изслѣдованіи три недѣли назадъ. Въ теченіе послѣдующихъ недѣль больная стала быстро поправляться. Дѣйствіе кишечника ограничивалось уже 2 — 3 безболѣзненными послабленіями; испраженія стали кашицеобразны, иногда бывали оформлены, нормальной окраски, не зловонны; гноя и крови не было. Отъ бывшихъ артритовъ остались слѣды

въ видѣ неподвижности большого и незначительной анестезіи указательнаго пальцевъ правой руки. Въ составѣ крови наблюдалось значительное улучшеніе, такъ — гемоглобина 90%, эритроцитовъ 5.160.000, лейкоцитовъ 8.460. 8-го января 1908 года больная выписалась изъ клиники.

Кривая температуры во время пребыванія больной въ клиникѣ не представляла ничего особеннаго; она все время носила характеръ субфебрильный и въ ней можно отмѣтить только двѣ фазы значительнаго повышенія, когда  $t^0$  достигала 39,1 и 39,5; первая фаза повышенія  $t^0$  зависѣла отъ ухудшенія въ теченіи болѣзни, вторая — отъ осложнений. Пульсъ въ зависимости отъ  $t^0$  постоянно колебался. Суточное количество мочи вначалѣ, въ виду крайне частыхъ послабленій на низъ, не превышало въ среднемъ 300 к. с., но съ уменьшеніемъ частоты поносовъ это количество стало возрастать и достигло 1300 — 2000 к. с. въ сутки. Вѣсъ тѣла больной въ первую половину пребыванія ея въ клиникѣ съ 2 п. 31 ф. упалъ до 2 п. 10 ф.; но съ улучшеніемъ общаго состоянія больная стала прибывать въ вѣсъ и въ теченіе второй половины она уже вѣсила 2 п. 35 ф.

Лѣченіе. Молочная діета. Въ виду болѣе въ заднемъ проходѣ были назначены свѣчи изъ *extr. opii aquosum*; кромѣ этого изъ наружныхъ средствъ примѣнялись еще согревающие компрессы на животъ и крахмальные клизмы съ висмутомъ и таниномъ. Внутрь давали чистый висмутъ по 0,5 гр. отъ 4 — 5 разъ въ день. Вскорѣ, въ виду раздражающаго дѣйствія танина на кишки, клизмы были оставлены, а внутрь была назначена кора синамарубы въ слѣд. видѣ: *Cort. Simarubae* 60,0, *Cannellae albae* 30,0, *Aq. destillatae* 2500,0, *coque ad* 1700,0, *Vini cognac* 25,0 S. по 3 — 5 столовыхъ ложекъ въ день. Это средство больная принимала недолго, такъ какъ у нея появилась рвота. Послѣ этого перешли къ *t-ra Coto*, которое больная принимала по 100 капель въ день въ теченіе 2½ мѣсяцевъ, т. е. до конца пребыванія ея въ клиникѣ. На ряду съ этимъ снова стали примѣнять крахмальные клизмы съ однимъ висмутомъ (1½ чайн. лож. на клизму). Что касается осложнений, то въ виду піелита нѣсколько разъ было произведено вливаніе подъ кожу физиологическаго раствора NaCl въ количествѣ 700 к. с. На суставы примѣнялись горячіе припарки изъ *Fomentum Rusti*, а въ послѣдствіи — соленыя ручныя ванны, массажъ и электризація.

При поступленіи больной въ клинику былъ поставленъ діагнозъ *Dysenteria chronica*. Главнымъ мотивомъ къ этому служилъ, конечно, непосредственный переходъ острой формы дизентеріи, перенесенной больной два года назадъ, въ настоящее заболѣваніе. Дифференцировать приходилось, разумѣется, главнымъ образомъ съ туберкулезомъ кишекъ, тѣмъ болѣе, что къ этому былъ вѣскій поводъ: при изслѣдованіи ректоскопомъ, какъ выше было сказано, язвы прямой кишки по своему характеру напоминали туберкулезныя; несмотря на это, съ несомнѣнной увѣренностью рѣшить вопросъ объ ихъ характерѣ на основаніи ректоскопическаго изслѣдованія было невозможно. Важнымъ аргументомъ противъ туберкулеза кишекъ было отсутствіе какихъ-либо туберкулезныхъ очаговъ въ организмѣ; ни по анамнезу, ни при объективныхъ изслѣдованіяхъ никакихъ указаній на него не было. Затѣмъ самое тщательное изслѣдованіе испражнений на Коч'овскія палочки дало отрицательный результатъ. Я не говорю уже о многихъ частныхъ симптомахъ, болѣе или менѣе подтверждавшихъ нашъ первоначальный діагнозъ. Вопросъ былъ такимъ образомъ сосредоточенъ на томъ — какая форма дизентеріи имѣется въ данномъ случаѣ: амебная или бациллярная. Къ сожалѣнію, бактериологическое изслѣдованіе не увѣнчалось успѣхомъ: ни палочекъ *Schiga-Kruse*, ни амевъ мы въ испражненіяхъ не нашли; пробовали искать ихъ непосредственно

въ пленкахъ, снятыхъ съ поверхности язвъ, но тоже безрезультатно. Въ литературѣ приходится встрѣчать часто мнѣніе, что при хроническихъ формахъ дизентеріи нахожденіе амевъ и бациллъ сопряжено съ большими трудностями; такъ, напр., Dr. Nehr Korn въ своей статьѣ <sup>1)</sup> „Temporaire colostomie bei chronischer dysenterie“, описывая случай хронической дизентеріи, отмѣчаетъ, что, несмотря на ясно выраженные клиническіе признаки дизентеріи, ему ни разу не удалось обнаружить амевъ въ испражненіяхъ больного. Какъ на причину этого онъ указываетъ на быстро развивающуюся неподвижность амевъ въ испражненіяхъ больныхъ. Конечно, съ несомнѣнностью сказать была ли въ данномъ случаѣ амевная или бациллярная форма, не подтвердивъ свое сужденіе бактериологически, мы едва ли имѣемъ право; но отмѣчено многими клиницистами, что амевная форма, во-первыхъ, чаще даетъ хроническое теченіе и, во-вторыхъ, протекаетъ несравненно тяжелѣе, чѣмъ бациллярная; что же касается исхода обѣихъ формъ дизентеріи, то, какъ я объ этомъ уже говорилъ вначалѣ, амевныя формы даютъ гораздо больший процентъ смертности, чѣмъ бациллярныя. Это чисто клиническое основаніе и склоняло насъ къ признанію амевной формы хронической дизентеріи. Такъ дѣло обстояло при началѣ лѣченія больной. Хотя мы и остановились на діагнозѣ дизентеріи, но прогрессирующее ухудшеніе страданія (несмотря на всѣ наши мѣропріятія) все время направляло мое вниманіе на возможность туберкулеза кишекъ, и было время, когда я лично и нѣкоторые изъ моихъ товарищей, наблюдавшихъ больную, были склонны отказаться отъ первоначальнаго діагноза. Для окончательнаго рѣшенія вопроса мы попробовали примѣнить реакцію на туберкулинъ по *Volf-Eisner*'у и *Calmett*'у; реакція была сдѣлана два раза и дала несомнѣнно отрицательные результаты. Въ это время было отмѣчено появленіе признаковъ піелита и піеміи, о чемъ подробно было сказано въ исторіи болѣзни. Пересмотрѣвъ всѣ данныя, собранныя мною за это время, я уже окончательно пришелъ къ твердому убѣжденію, что мы имѣемъ дѣло съ дизентеріей, хотя вторичное изслѣдованіе прямой кишки ректоскопомъ не давало возможности увѣренно высказаться о характерѣ язвъ.

Здѣсь я позволю себѣ вкратцѣ упомянуть о тѣхъ взглядахъ на этиологию дизентеріи, которые въ послѣднее время проводятся въ литературѣ. Еще со временъ Гиппократа и до конца XVIII столѣтія подъ названіемъ дизентеріи считались самыя разнообразныя заболѣванія кишечника; однако къ концу XIX вѣка *Koch* и *Kartulis* опубликовали свои труды, въ которыхъ они на основаніи многочисленныхъ изслѣдованій, произведенныхъ въ Египтѣ, доказываютъ, что дизентерію вызываютъ амевы. Еще раньше упомянутыхъ авторовъ *Lösch* въ Петербургѣ при эпидеміи кроваваго поноса въ дизентерійныхъ язвахъ

---

<sup>1)</sup> Deutsche med. Wochen. 1902 г. № 1.

нашелъ амёбу, которая, однако, отличалась отъ амёбъ, найденныхъ Koch'омъ и Kartulis'омъ въ Египтѣ. Вскорѣ прочіе изслѣдователи стали оспаривать этиологическое значеніе амёбъ для дизентеріи, такъ какъ они въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ испражненіяхъ больныхъ амёбъ не находили. Особенно рѣзко эти отрицательныя данныя получались при изслѣдованіяхъ дизентерійныхъ больныхъ въ странахъ съ умѣреннымъ климатомъ. Вскорѣ однако Schiga въ Японіи и Kruse въ Германіи положили предѣлъ этимъ разнорѣчивымъ мнѣніямъ. Своими работами упомянутые авторы доказали, что кромѣ амёбной формы существуетъ еще другая форма дизентеріи, вызываемая бациллами. На ряду съ *Schiga* и *Kruse* удалось и *Flexner*'у изъ испражнений дизентерійныхъ больныхъ выдѣлить бациллу, близко стоящую къ бацилламъ упомянутыхъ авторовъ, но сильно отличающуюся отъ нихъ по своимъ біологическимъ свойствамъ. Такимъ образомъ, въ настоящее время различаютъ двѣ формы кишечной дизентеріи: одну, вызываемую амёбами, другую — бациллами *Schiga-Kruse* или *Flexner'a*. Первая, такъ называемая эндемическая амёбная дизентерія, преимущественно наблюдается въ тропическихъ и субтропическихъ странахъ, вторая — эпидемическая бациллярная дизентерія встрѣчается во всѣхъ климатахъ. Этиологическая разница между обѣими формами дизентеріи сказывается однако и на ихъ клиническомъ теченіи. По мнѣнію *Schiga* амёбная дизентерія склонна переходить въ хроническую форму; острый ея стадіи, какъ показываютъ наблюденія многихъ авторовъ, рѣдко сопровождается бурными острыми явленіями, въ противоположность бациллярной, которая протекаетъ какъ острая инфекціонная болѣзнь. Привожу по этому поводу мнѣніе <sup>1)</sup> *Kolle* и *Hetsch*: „послѣ инкубационнаго періода въ 3 — 4 дня появляются приступы кишечной колики съ тенезмами и характерные дизентерическіе поносы съ кровью и слизью. Т<sup>0</sup>, вначалѣ нормальная, повышается въ стадіи кровавыхъ поносовъ. Въ большинствѣ случаевъ при соответствующемъ лѣченіи процессъ кончается въ 1 — 2 недѣли, но нерѣдко онъ переходитъ въ хроническую форму; описанные симптомы сохраняются тогда въ той или иной степени. Больные быстро худѣютъ, наступаетъ общее истощеніе и, наконецъ, смерть отъ упадка сердечной дѣятельности или отъ осложненій“. Такія именно данныя мы имѣемъ изъ исторіи болѣзни описываемаго случая. Больная два года назадъ перенесла острую дизентерію, протекавшую безъ особенно бурныхъ явленій, рано оставила лѣченіе, и острая форма перешла въ хроническую.

Здѣсь я считаю не лишнимъ вкратцѣ указать на морфологическую разницу между дизентерійной амёбой и амёбой *Lösch*. Какъ извѣстно, и острая и хроническая форма амёбной дизентеріи обуславливаются присутствіемъ въ толстыхъ кишкахъ *Entamoeba histolytica* Schaudinn. Эта амёба относится къ protozoa изъ класса rhizopoda. Въ ней раз-

<sup>1)</sup> Die experimentelle Bacteriologie.

личаютъ ecto-и ento-плазму; первая обладаетъ сильными свѣто-преломляющими свойствами и очень вязкой протоплазмой; послѣдняя ведетъ къ образованію псевдоподій, благодаря которымъ амеба можетъ заползать между клѣтками слизистой кишокъ. Въ эктоплазмѣ находятся различныя включенія, состоящія изъ кровяныхъ тѣлецъ, бактерій и пр. Ядро иногда бываетъ трудно отличить отъ остальной части клѣтки. Другая паразитарная амеба, такъ называемая *Amoeba coli* Lösch, значительно меньше дизентерійной амебы и менѣе подвижна; отличить экто—отъ энтоплазмы—невозможно. Поселяясь въ кишечникъ, онѣ иногда ничѣмъ не даютъ о себѣ знать и нерѣдко въ большомъ количествѣ находятся въ кишкахъ здоровыхъ людей (Schuberg, Schaudinn) <sup>1)</sup>. Нѣсколько случаевъ легкой формы амёбнаго энтерита, вызваннаго амебой *coli* Lösch, описаны *Quinque, Rous'омъ и Boas'омъ* <sup>2)</sup>.

Что касается осложненій при дизентеріи, то, какъ я уже говорилъ выше, амёбная форма очень часто переходитъ въ хроническую форму, имѣетъ склонность къ возвратамъ и нерѣдко даетъ осложненія со стороны того или другого органа. Изъ нихъ чаще всего поражается печень, въ которой образуются абсцессы; зараженіе происходитъ лимфатическимъ путемъ. Затѣмъ нерѣдко абсцессы наблюдаются въ почкахъ, мозгѣ и др. органахъ. Полиартриты, бывшіе въ нашемъ случаѣ, являются тоже не рѣдкимъ осложненіемъ амёбной дизентеріи; такъ напр. *M. Salle* <sup>3)</sup> считаетъ 3% — 4% осложненій со стороны суставовъ при дизентеріи. По его словамъ эти артриты проявляются въ періодъ выздоровленія, сопровождаются опуханіемъ суставовъ и чаще всего поражаютъ колѣнные суставы. *D-r Vaillard* <sup>4)</sup> въ своей работѣ приводитъ между прочимъ мнѣнія нѣкоторыхъ авторовъ объ артропатіяхъ при амёбной дизентеріи; такъ онъ говоритъ, что Devenge не считаетъ рѣдкостью пораженія суставовъ при обостреніяхъ хронической дизентеріи. По мнѣнію Д-ра *Vaillard'a* эти артриты наблюдаются при всѣхъ формахъ дизентеріи. Пораженіе суставовъ бываетъ или множественнымъ или локализуется въ 1—2 большихъ суставахъ, чаще всего въ колѣнныхъ, и надо замѣтить, что въ этихъ случаяхъ теченіе процесса бываетъ упорнымъ и почти не поддается лѣченію. Такіе артриты сопровождаются обычно припухлостью периартикулярной ткани и рѣзкой чувствительностью въ области пораженныхъ суставовъ. Иногда (какъ это наблюдалось у нашей больной) въ синовиальныхъ оболочкахъ скопляется жидкость. Въ той же работѣ д-ръ *Vaillard* между прочимъ приводитъ интересные случаи осложненій при дизентеріи, описанные *Laveran'омъ* и *Combay*. Первый наблюдалъ три случая хронической дизентеріи съ тромбозомъ бед-

<sup>1)</sup> Deutsche med. Woch. 1906 г. № 32.

<sup>2)</sup> Deutsche med. Woch. 1906 г. № 32.

<sup>3)</sup> La semaine med. 1903 г. № 16.

<sup>4)</sup> Traité de Medecine II.



ряной вены; второй описываетъ случай тромбоза art. iliaca sin. съ гангреной конечности у дизентеріи́наго больного; этотъ случай кончился летально, и на вскрытіи артерія оказалась облитерированной и приращенной къ перфорированной S Romanum.

Въ вопросѣ объ осложненіяхъ нашъ случай, мнѣ кажется, представляетъ тоже нѣкоторый интересъ. Осложненіе было обязано *Staphylococcus albus*. Поразивъ правую почку, а также лучезапястные суставы, онъ вызвалъ общую піэмію. Какъ выше было сказано, изъ крови больной удалось выдѣлить его въ чистомъ видѣ. Въ литературѣ описано нѣсколько случаевъ піэміи и септицеміи, вызванной упомянутымъ микробомъ; такъ Möller <sup>1)</sup> въ статьѣ „Bacteriämie und Sepsis“ приводитъ 10 случаевъ сепсиса при тифѣ, при чемъ въ двухъ случаяхъ изъ крови ему удалось выдѣлить чистую культуру *Staphylococcus albus*. Другой авторъ Panichi <sup>2)</sup> отмѣчаетъ случай тифа, сопровождавшійся появленіемъ абсцессовъ въ области ягодицъ, причемъ изъ крови и мочи больного онъ тоже выдѣлилъ *Staphylococcus albus*. По его словамъ упомянутый микробъ можетъ довольно долго циркулировать въ крови больныхъ, не угрожая при этомъ ихъ жизни. Въ описанныхъ случаяхъ, такъ же какъ и въ нашемъ случаѣ, язвы въ кишкахъ являются мѣстомъ проникновенія стафилококка въ общій потокъ крови. Такимъ образомъ нашъ случай въ этомъ отношеніи вдвойнѣ заслуживаетъ вниманія: во-первыхъ, какъ видъ осложненія, и во-вторыхъ, какъ небезынтересный случай піэміи.

Въ заключеніе скажу нѣсколько словъ о лѣченіи хронической дизентеріи вообще и нашего случая въ частности. Въ то время какъ лѣченіе острой бацилярной дизентеріи не представляетъ особыхъ затрудненій, амёбная дизентерія, въ особенности ея хроническая форма, съ трудомъ поддается нашимъ мѣропріятіямъ. Обычныя средства въ этихъ случаяхъ, какъ-то: каломель, крахмальные клизмы и пр., извѣстны всякому врачу; упомяну только о танниновыхъ клизмахъ. Обычно таннинъ рекомендуется при дизентеріи какъ вяжущее; въ нашемъ случаѣ мы давали его въ клизмахъ, но онъ раздражалъ кишки и тѣмъ усиливалъ поносъ. Что касается симарубы, то ее хвалятъ нѣкоторые французскіе врачи. Simaruba (*Ailanthus glandulosa*), а также корень гранатоваго дерева славятся въ Египтѣ и Голландскихъ колоніяхъ какъ противодизентеріи́ныя средства, въ особенности въ хроническихъ случаяхъ. Gelpke <sup>3)</sup> прописываетъ ихъ въ видѣ декокта: Cort. Rad. Granatorum, Simarubae aa 10,0 macera c. vino Gallico 750,0 per horas XX. S. по 6—8 столовыхъ ложекъ въ день. Такое же комбинированное лѣченіе симарубой, коркой гранатоваго дерева и кампешъ предлагаетъ д-ръ Köhler <sup>4)</sup>. Это средство употребляется ту-

<sup>1)</sup> Centralblatt für Bacteriologie. Referate 34 Bd.

<sup>2)</sup> Centralblatt für Bacteriologie. Referate 37 Bd.

<sup>3)</sup> La Semaine médic. 1903 г. № 37.

<sup>4)</sup> La Semaine médic. 1903 г. № 37.



земцами при кровавыхъ поносахъ и, по наблюденіямъ д-ра *Köhler'a*, дѣйствительно оказываетъ хорошее вліяніе на теченіе болѣзни. Изъ упомянутыхъ средствъ онъ готовитъ жидкій экстрактъ, прибавляя къ нему немного азотнокислаго серебра. Авторъ отмѣчаетъ, что онъ видѣлъ хорошіе результаты даже въ тяжелыхъ случаяхъ хронической дизентеріи. Въ нашемъ случаѣ *Simaruba* не оказала никакого вліянія на процессъ въ кишечникѣ и ее пришлось даже оставить, такъ какъ у больной появились признаки раздраженія желудка. Изъ всѣхъ средствъ, предлагаемыхъ нами больной, хорошіе результаты я видѣлъ отъ *t-ga Coto*; его больная принимала въ теченіе 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> мѣсяцевъ по 100 капель въ день и, какъ это видно изъ исторіи болѣзни, послѣ нѣсколькихъ дней приѣма этого средства въ состояніи больной наступило замѣтное улучшеніе.

---

## Клиническія наблюденія въ связи съ punctio lumbalis<sup>1)</sup>.

Діагностическое значеніе. — Патолого-фізіологическое вліяніе. — Терапевтический эффектъ. — Печальныя послѣдствія.

(Encephalitis et myelitis acutae, abscessus cerebri, neoplasma, tabes, syringobulbia etc).

Въ настоящей работѣ мнѣ хотѣлось подѣлиться своими наблюденіями надъ поясничнымъ проколомъ, произведенными за послѣдніе четыре года въ клиникѣ нервныхъ болѣзней, и высказать нѣкоторыя свои соображенія по поводу этого маленькаго оперативнаго вмѣшательства. Въ широкихъ кругахъ врачей, въ большинствѣ случаевъ, понятіе о punctio lumbalis сочетается почти исключительно съ клиникой менингитовъ; между тѣмъ, поясничный проколъ не только имѣетъ гораздо болѣе широкое примѣненіе, но даже, вѣрнѣе, значеніе его въ широкомъ клиническомъ смыслѣ, по моему мнѣнію, еще только начинаетъ разрабатываться.

Прежде чѣмъ перейти къ изложенію нашихъ наблюденій, я долженъ сказать, что центръ тяжести ихъ заключается, большей частью, не столько въ результатахъ анализа выпущенной цереброспинальной жидкости, сколько въ изученіи того вліянія на различные процессы въ нервной системѣ, которое проистекаетъ вслѣдствіе самаго факта выпуска жидкости изъ спинно-мозгового канала. Вслѣдствіе этого описываемыя наблюденія имѣютъ болѣе болѣе интересъ и большее значеніе, главнымъ образомъ, въ фізіолого-патологическомъ и терапевтическомъ отношеніи.

На методикѣ самой операціи я не считаю возможнымъ здѣсь подробно останавливаться, такъ какъ она доступна для изученія въ трудахъ хирурговъ, а, съ другой стороны, была недавно опубликована въ работѣ д-ра *Розенталя*<sup>2)</sup>. Сдѣлаю только нѣсколько замѣчаній до-

---

<sup>1)</sup> Изъ клиническаго нервнаго отдѣленія пр.-доц. Г. И. Россолимо.

Въ извлеченіяхъ было доложено въ Обществѣ невропатологовъ и психіатровъ при М. У. 26 сентября 1908 г.

<sup>2)</sup> *Розенталь*. Поясничный проколъ и его примѣненіе къ распознаванію душевныхъ болѣзней. „Медицинск. Обозр.“ 1908. № 7. См. также *Квинке*. О поясничномъ проколѣ. Изд. „Практическая медицина“.

полнительнаго характера по отношенію къ тому, какъ мы производимъ эту операцію въ нашей клиникѣ. У насъ за послѣднее время употребляется для этой цѣли приборъ *Krönig*'а, принципъ котораго заключается въ томъ, что игла, черезъ которую вытекаетъ жидкость, соединяется съ манометрической трубкой; послѣдняя служитъ для контроля производимаго пониженія давленія въ цереброспинальной полости. Въ нормѣ это давленіе при лежащемъ положеніи больного = 125 mlm. трубки. Какъ говорятъ нѣмцы, производство пункции теперь безъ манометрической трубки будетъ „wissenschaftlich incorrect“. Аппаратъ, хотя и требуетъ нѣкотораго навыка и большаго, чѣмъ при простой пункции, вниманія, но работаетъ въ общемъ очень хорошо <sup>1)</sup>.

Перейдемъ теперь къ обзору нашихъ наблюденій <sup>2)</sup>.

#### Менингиты.

Роль поясничнаго прокола въ клиникѣ менингитовъ, какъ мной уже было упомянуто, широко извѣстна. Въ настоящее время діагностика менингитовъ базируется на изслѣдованіи цереброспинальной жидкости въ бактериологическомъ отношеніи. Примѣры: *Lenhartz* <sup>3)</sup> въ 46 случаяхъ менингитовъ нашелъ: 21 разъ — tbc., 13 — bacil. *Weichselbaum*'а, 9 — диплококкъ *Fränkel*'я; всѣ случаи съ диплококкомъ *Ф.* окончились смертельно. *Bernheim* и *Marie* <sup>4)</sup> раздѣляютъ менингиты на: 1) туберкулезные; 2) вызываемые *diplococc. intracellular. Weichselbaum*'а, 3) стрептококковые и смѣшан. инфекц.; 4) *kapselcoccenmeningitis*.

Въ терапевтическомъ отношеніи пункция при менингитахъ даетъ часто настолько блестящій результатъ, что именно ей приходится приписать цѣлебное значеніе. Особеннаго вниманія заслуживаютъ *повторныя пункции* при острыхъ менингитахъ, повторяемая черезъ 1-2-3 дня; въ этомъ отношеніи нельзя бояться слишкомъ понизить давленіе въ цереброспинальной полости, такъ какъ и а priori должно ожидать постоянной гиперпродукціи ея, respect. воспалительнаго экссудата.

Недавно намъ пришлось наблюдать бурно протекавшій стафилококковый менингитъ, гдѣ нѣсколько пункций, предпринятыхъ съ промежутками въ 1-2 дня, постепенно облегчали положеніе больного и дали ему возможность вполне поправиться. *Monti* <sup>5)</sup> считаетъ полезной повторную пункцию при эпидемическомъ цереброспинальномъ менин-

<sup>1)</sup> Описание аппарата см. „Münch. Mediz. Woch.“. 1907. Цѣна прибора 18 руб. Prof. *Kausch* только что опубликовалъ новый, упрощенный по сравненію съ *Krönig*'овскимъ аппаратъ для пункций, инъекцій и измѣренія давленія цереброспинальной жидкости. *Deutsch. Mediz. Woch.* 1908. № 51. S. 2217.

<sup>2)</sup> Приводимыя для большей полноты освѣщенія нашихъ наблюденій литературныя данныя относятся, главнымъ образомъ, къ литературѣ послѣднихъ лѣтъ и стало бы не претендовать на исчерпывающую полноту.

<sup>3)</sup> *Therap. Monatsh.* 1897. № 8. S. 437.

<sup>4)</sup> *Wien. Klin. Woch.* 1897. №№ 20 и 21.

<sup>5)</sup> Цитир. по *Lenhartz* 1. с.

гитѣ. Недавно *Depasse*<sup>1)</sup> и *Szmurlo*<sup>2)</sup> опубликовали наблюденія, гдѣ при менингитахъ принесли пользу именно повторныя пункции.

Интересны наблюденія *Vorschütz'a* (Münch. Mediz. Woch. 1907. № 11 — 12), который примѣнялъ въ 5 случаяхъ менингита поясничный проколъ въ комбинаціи со способомъ *Bier'a* (накладываніе на шею эластическаго бинта въ теченіе 20 часовъ до рѣзко выраженнаго ціаноза) и получилъ во всѣхъ случаяхъ очень хорошіе результаты.

Такъ какъ наши личныя наблюденія не могутъ внести ничего существенно новаго въ литературу о роли punctio lumbalis въ клиникѣ менингитовъ, то я полагаю ограничиться сдѣланными выше замѣчаніями.

#### *Острые энцефалиты, менинго-энцефалиты и міэлиты.*

Такъ же, какъ и при менингитахъ, значеніе поясничнаго прокола при острыхъ воспаленіяхъ головного и спинного мозга имѣетъ и діагностическое, и терапевтическое значеніе.

Я позволю себѣ привести въ этомъ отношеніи нѣсколько иллюстрацій.

##### *Наблюденіе 1<sup>3)</sup>.*

Больная М. К., 53 лѣтъ, горничная, незамужняя. 1 братъ алкоголикъ. 1 братъ † отъ тбс. Употребленіе вина умѣренное.

Заболѣваетъ остро въ февралѣ 1906 г. Во время ходьбы стала прихрамывать на лѣвую ногу и голову стала наклонять влѣво. Черезъ нѣсколько минутъ больная упала безъ сознанія. Тотчасъ же появилась рвота, которая продолжалась часа 2. Помоглась подъ себя. На 3-й день болѣзни появились судорожныя подергиванія въ обѣихъ ногахъ и правой рукѣ. Въ этотъ день больная поступила въ клинику.

*St. praesens.* 20 февраля 1906 г. Лицо гиперемировано.  $T^0$  38,5°. Пульсъ 112 напряженный. Тоны напряженные. Въ легкихъ сзади немного сухихъ и влажныхъ хриповъ. *Cheyne-stokes'*овское дыханіе.

Животъ вздутъ. Метеоризмъ. Слабо-кислая реакція мочи. Много бѣлка. Зернистые цилиндры въ большомъ числѣ.

Пассивное положеніе тѣла. Симптомъ Кернига *abest*.

Можетъ глотать жидкую пищу. По временамъ бываютъ короткія сгибательнаго характера клоническія судороги въ лѣвой рукѣ, продолжающіяся по 4—5 минутъ. Произвольныя движенія отмѣчаются во всѣхъ 4-хъ конечностяхъ. Глаза чаще отклонены влѣво. Иногда *strabismus convergens*. Лѣвое глазное яблоко опущено ниже праваго. Лѣвая носогубная складка выражена слабѣе. *Hemiparesis sinistra*. Произвольныя движенія вызвать не удается. Механическая возбудимость мышцъ повышена. Колѣнные р. *abs.* съ обѣихъ сторонъ. Ахилловы съ обѣихъ сторонъ живые. Рефлексы сухож. на верхнихъ конечностяхъ *abs.* *Masseter.* р. живой. Пальцевой р. *abs.* Р. Бабинскаго получается слѣва. Подошвенные р. повышены. Всѣ брюшныя *abs.* Зрачки сужены, одинаковы, не реагируютъ.

Мочится подъ себя. Запоръ. Поколачиваніе черепа справа вызываетъ рефлекторныя гримасы. При глубокихъ уколахъ въ правую половину тѣла вызываются рефлектор-

<sup>1)</sup> Bullet. et. Mém. de Soc. de Méd. de Paris. p. 434, 12 juin. 1908.

<sup>2)</sup> Medycyna 1907. № 9 и 10 (польск.).

<sup>3)</sup> Стараясь излагать свои наблюденія возможно сжато и кратко, я часто не могъ удовлетворить послѣднему требованію въ виду сложности клинической картины многихъ наблюденій и желанія всетаки представить таковыя во всей цѣлостности и полнотѣ ихъ значенія.

ныя движенія, при таковыхъ же на лѣвой сторонѣ рефлекторныхъ движеній вызвать не удастся. Вслѣдствіе сильнаго міоза дна глаза изслѣдовать не удастся. Больная безъ сознанія. На окрики едва реагируетъ.

*Punctio lumbalis.* Выпущено около 6 к. ц. желтовато-мутной жидкости. Подъ микроскопомъ: красныя кровяныя тѣльца, не склеивающіяся въ столбики и имѣющія часто форму тутовой ягоды; много бѣлыхъ, съ рѣзкимъ преобладаніемъ количества лейкоцитовъ надъ лимфоцитами (воспалительный лейкоцитозъ). При бактериологическомъ изслѣдованіи цереброспинальной жидкости никакого бактеріальнаго роста не было получено.

Больная все время была безъ сознанія. Терапія: піявки, слабительныя, coffein. 24 февраля больная умерла.

Аутопсія: Оболочки, кромѣ небольшого помутнѣнія ничего особеннаго не представляютъ. Когда были открыты желудочки мозга, то оказалось, что всѣ они: 3-й и оба боковыхъ наполнены сплошь сгустками крови (когда кровь зафиксировалась въ формалинѣ то эти сгустки представляли настоящіе слѣпки съ полостей желудочковъ).

Источникъ кровоизліянія находится въ правомъ зрительномъ бугрѣ, составляющемъ стѣнку 3-го желудочка; здѣсь находится большой энцефалитическій очагъ, занимающій въ мѣстѣ разрѣза почти весь зрительный бугоръ; при этомъ оказывается, что внутренняя капсула осталась незатронутой.

Размѣръ очага около 4,5—5 см. длины и около 3 см. ширины и 1 см. высоты. На уровень передняго четверохолмія въ мозговой ножкѣ также находится энцефалитическій очагъ, какъ бы находящійся въ связи съ вышеописаннымъ.

(Описаніе данныхъ микроскопическаго изслѣдованія нервной системы въ настоящей работѣ опускаемъ). Hyperaemia venosa pulmonum et emphysema. Hypertrophia cordis consecutiva. Obesitas cordis. Sclerosis disseminata aortae. Nephritis chronica parenchymatosa.

Какъ показали данныя микроскопическаго изслѣдованія, настоящее наблюденіе относится къ острому геморрагическому энцефалиту.

Клинически за послѣднюю діагностику говорили: острое начало, повышенная  $t^0$ , наличность мѣстныхъ явленій (глазодвигательныя явленія + hemiparesis sinistra). *Punctio lumbalis* дала возможность заглянуть въ характеръ имѣющихся измѣненій въ liquor. cerebrospinalis.

Послѣвъ жидкости ничего не далъ.

Случай имѣетъ большой клинической интересъ вообще. Онъ иллюстрируетъ затрудненія въ дифференціальной діагностикѣ между острымъ геморрагическимъ энцефалитомъ, съ одной стороны, и уреміей (рвота, безсознательное состояніе, судороги + измѣненія со стороны почекъ) и менингитомъ, съ другой. Противъ первой, главнымъ образомъ, говорили отмѣченныя мѣстныя явленія, противъ послѣдняго — частый пульсъ, отсутствіе симпт. Кернига и тѣ же гнѣздныя явленія. — Далѣе, мы не можемъ не отмѣтить интереса и значенія случая для анатомо-физиологическихъ заключеній, а именно: наличность разстройствъ чувствительности и рефлекса Бабинскаго при нораженіи зрительнаго бугра и сохранности внутренней капсулы<sup>1)</sup>, а, кромѣ того, существованіе многочисленныхъ явленій двигательнаго раздраженія при отсутствіи корковаго пораженія. Правда, отмѣченное обширное кровоизліяніе въ желудочки нѣсколько вуалируетъ возможные

<sup>1)</sup> См., между прочимъ, работу *Déjerine et Roussy. Syndrome thalamique. Rev. Neurol.* 1906. № 12 и изложеніе современнаго состоянія вопроса о симптоматологіи при локализациі въ зрительномъ бугрѣ въ нашей работѣ: *Клиническая форма проф. Кюжевникова.* Москва 1907. Стр. 75-81.

выводы, однако, тахітит судорожныхъ явленій отмѣчался на лѣвой сторонѣ и именно въ лѣвой рукѣ, тогда какъ кровоизліяніе распространялось равномерно по всѣмъ желудочкамъ.

Отсутствіе колѣнныхъ рефлексовъ у больной мы склонны объяснить повышеніемъ внутричерепнаго давленія; основанія для подобнаго объясненія мы увидимъ ниже.

### *Наблюденіе II.*

Больной И. Ш., 26 лѣтъ, кондитеръ, холостъ. Заболѣлъ остро ознобомъ съ головной болью. На другой день сталъ „заплетаться“ языкъ, появилась рвота; больной не могъ поворачиваться на постели вслѣдствіе боли въ головѣ и во всемъ тѣлѣ. *T<sup>o</sup> до 40°.* Двигательное безпокойство, рѣзкое расстройство рѣчи, полубессознательное состояніе. На 3-й день поступилъ въ клинику.

Status praesens. 22 февраля 1906. *Сердце увеличено. Тоны не слышны; delirium cordis. Пульсъ 135 въ 1 мин. T<sup>o</sup> 40°. Языкъ обложенъ. Запоръ.*—Пассивное положеніе тѣла.

*Симптомъ Кёрнига. Рѣчь очень затруднена; говорить съ носовымъ стѣнкомъ; фонація ослаблена. Глотаніе жидкой пищи возможно. Ophthalmoplegia completa съ обѣихъ сторонъ. Параличъ facialis полный слѣва и парезъ facialis справа. Языкъ отклоняется влево. Ptosis справа выраженъ сильнѣе, чѣмъ слѣва. Движенія конечностей свободны. Наклонять голову впередъ не можетъ вслѣдствіе нѣкотораго напряженія затылочныхъ мышцъ. Колѣнные и Ахилловы р. abs. Р. Бабинскаго и пальцевой abs. Р. biceps и triceps получаютъ. Подошвенные р. живые. Брюшные всѣ abs. Зрачки широкіе, реакція ихъ abs. Мочиспусканіе въ дальнѣйшемъ подѣ себя. Головная боль. На уколы булавкой реагируетъ. На другой день послѣ поступленія развилось безсознательное состояніе.*

*Punctio lumbalis.* Выпущено около 20 к. ц. мутно-красной жидкости. Подъ микроскопомъ: масса красныхъ кровяныхъ шариковъ, не складывающихся въ столбики; очень многіе изъ нихъ имѣютъ форму тутовыхъ ягодъ. Воспалительный лейкоцитозъ (гораздо больше полинуклеаровъ и гораздо меньше лимфоцитовъ).

Бактеріологическое изслѣдованіе дало — *гроздевидно располагающагося стрептококка.*

23 февраля больной умеръ. Аутопсія: *Hypertrophia cordis magna. Endocarditis septica verrucosa v. v. mitralis et tricuspidalis. Encephalitis haemorrhagica metastatica disseminata.* Въ правой затылочной долѣ большой узелъ размягченія краснаго цвѣта; меньшіе узлы разсѣяны въ правой лобной долѣ, въ лѣвой теменной, въ лѣвомъ thalamus. Въ полостяхъ боковыхъ желудочковъ кровянистая мутноватая жидкость. *Hyperaemia magna piae matris, cerebri et medullae spinalis. Nephritis haemorrhagica septica cum infarctibus. Tumor lienis septicus. Degeneratio parenchymatosa hepatis* и другія явленія септикеміи.

Микроскопическое изслѣдованіе кусочковъ изъ различныхъ отдѣловъ центр. нервной системы подтвердило заключеніе объ остромъ геморрагическомъ энцефалитѣ. (Подробное описаніе микроскопическаго изслѣдованія въ настоящей работѣ считаемъ возможнымъ опустить).

Здѣсь съ самаго начала клиническая картина заставляла предполагать смѣшанное пораженіе вещества мозга (гнѣздныя явленія) и оболочекъ его (симпт. Кёрнига + напряженіе затылочныхъ мышцъ). Данныя аутопсіи вполне объясняютъ намъ картину найденныхъ измѣненій въ цереброспинальной жидкости. Послѣвъ, сдѣланный изъ послѣдней, открылъ намъ и виновника — стрептококка. Отмѣтимъ здѣсь также, что у больного не получались колѣнные и ахилловы рефлексы. Какъ видно изъ вышеизложеннаго, cerebro-спинальная жидкость, какъ въ I-омъ, такъ и во II-омъ наблюденіяхъ, представляла на глазъ и подѣ микроскопомъ одну и ту же картину, несмотря на

то, что въ I-омъ случаѣ кровь излилась въ желудочки, оболочки же не были шперемированы, наоборотъ, въ II-мъ случаѣ, главнымъ образомъ, была выражена шперемія оболочекъ головного мозга, помимо энцефалитическихъ гнѣздъ.

### Наблюденіе III.

Больной Е. З., 24 лѣтъ, женатъ, студентъ. Указанія на личный tbc. Отецъ и мать † отъ рака. Coitus съ 19 лѣтъ, постоянный *abusus in Venere*. Lues и алкоголизмъ abs.

Настоящее заболѣваніе началось остро. Схватилъ себя за голову и вскрикнулъ: „ай, мнѣ дурно!“; послѣ этого больной сталъ жаловаться на сильную головную боль. Черезъ 10 минутъ больной былъ уже безъ сознанія. Былъ судорожный припадокъ съ прикусомъ языка и *trismus*, рвота; говорилъ безмыслицу. Пульсъ 48 въ 1 м. Мочился подъ себя. Двигательное возбужденіе очень сильное, такъ что больного пришлось держать нѣсколькимъ человѣкамъ. На другой день доставленъ въ клинику.

St. praes. 15 января 06. Блѣдный, истощенный субъектъ. Ушные мочки приращены. Т. 38,2<sup>0</sup>. Пульсъ 56. Правая верхушка легкаго представляетъ западеніе; слышно притупленіе. Хриповъ нѣтъ. Языкъ обложенъ. Запоръ.

Пассивное положеніе тѣла. Симптомъ Кёрнига abs. Ходить не можетъ. Фонація ослаблена. Глотаніе не разстроено. Языкъ отклоняется вправо. Парезъ праваго *facialis*. Правая половина мягкаго нѣба представляется паретичной. Движенія глазъ кнаружи недостаточны. Правый глазъ плохо двигается кверху. Голосовыя связки N. *hemiparesis dextra*. Напряженія затылочныхъ мышцъ нѣтъ. Колѣнные и ахилловы р. р. abs. Р. Бабинскаго и пальцевой abs. *Masseter* p. слабо выраженъ. Брюшные р. очень слабы. Подошвенные живы. *Cremaster* p. живой. Глоточный почти abs. Реакція зрачковъ N. Подъ себя мочиться пересталъ. Сильная головная боль. Всѣ виды чувствительности сохранены. Правый зрачекъ нѣсколько шире. Дно глаза N. Слухъ N. Дермографизмъ. При поступленіи отвѣчаетъ вѣрно на вопросъ объ имени; напоминаетъ домъ, но отказывается все-таки отвѣтить на вопросъ, сколько ему лѣтъ („не могу вспомнить, потомъ скажу“). Плохо ориентированъ во времени и пространствѣ. Невполнъ хорошо узнаетъ окружающихъ. Иногда говоритъ слова, ни къ чему не относящіяся. Въ общемъ картина аментивнаго состоянія.

Въ теченіе 2-хъ недѣль больной получилъ: пѣявки, aspirin, coffein, слабительныя (сначала *infus. laxativ*, затѣмъ *pulv. rhei*). За это время общее состояніе больного понемногу улучшалось, сознаніе больного постепенно прояснялось. Отсутствовавшіе рефлексy возстановились. Глазодвигательныя явленія исчезли. Остается *hemiparesis dextra levis*.

31 января. *Punctio lumbalis*. Выпущено 15 к. ц. прозрачной но совершенно желтаго цвѣта жидкости. Подъ микроскопомъ найдены единичныя лейкоциты. Реакція на хризифановую кислоту дала положительный результатъ (присутствіе ревекія!) Поздно вечеромъ, послѣ пункции, у больного была рвота, холодный потъ. Ночь провелъ плохо. Бреда не было. Отмѣчено двигательное возбужденіе. Рвота и безпокойное состояніе продолжались до 4-хъ часовъ утра. Въ это время было сдѣлано *вспрыскиваніе ol. camphorati*, послѣ чего больной успокоился и уснулъ. Въ 7 час. утра 1 февраля вновь была рвота. Пульсъ 64 въ 1 м. 2-го февраля. Больше рвоты не было. Общее состояніе больного значительно улучшилось.

5 марта. Больной выписался со значительнымъ улучшеніемъ. Улучшеніе медленно прогрессируетъ. Больной находится до сихъ поръ подъ нашимъ наблюденіемъ и въ настоящее время вполнѣ оправился. (Подробное изложеніе исторіи болѣзни войдетъ въ другую работу).

Настоящее наблюденіе должно быть отнесено къ группѣ острыхъ менинго-энцефалитовъ. Острое начало, безсознательное состояніе, повышенная t°, замедленный пульсъ, эпилептиформный припадокъ,

двигательное возбужденіе, амантивное состояніе, слабыя, но все-таки ясно замѣтныя гнѣздныя явленія — все это даетъ право на подобное заключеніе и заставляетъ предполагать, что картина явленій развилась въ результатѣ разсѣянныхъ, множественныхъ нарушеній взаимоотношенія между элементами центральной нервной системы не столько деструктивнаго, сколько токсическаго характера. За послѣднее говоритъ и наступившее въ концѣ концовъ, повидимому, полное выздоровленіе. И въ этомъ случаѣ въ началѣ заболѣванія колѣнные и ахилловы рефлексы отсутствовали; когда же болѣзненные явленія стихли, они вновь появились.

*Punctio lumbalis* у даннаго больного принесла нѣкоторыя непріятныя явленія: рвоту, холодный потъ, возбужденіе. Повидимому, развившіяся явленія надо отнести на то количество выпущенной жидкости, которое оказалось для даннаго истощеннаго субъекта слишкомъ великимъ<sup>1)</sup>, вслѣдствіе чего наступило излишнее пониженіе внутричерепнаго давленія, сказавшееся реакціей со стороны наиболѣе чувствительныхъ центровъ нервной системы. Въ пользу такого заключенія говоритъ улучшеніе самочувствія больного послѣ возбуждающихъ (*ol. camphorat*) и на вторыя сутки наступившее поправленіе и значительное улучшеніе въ общемъ состояніи его. (Ср. ниже наше XV наблюденіе).

Въ разбираемомъ случаѣ мы имѣли возможность наблюдать интересное, куріозное явленіе: переходъ въ цереброспинальную жидкость ревеня, который больной принималъ въ качествѣ слабительнаго. (Въ остальномъ жидкость, кромѣ, можетъ быть, нѣсколько увеличеннаго количества лейкоцитовъ, ничего особеннаго не представляла). Примѣсь *ревеня* въ цереброспинальной жидкости ставитъ вообще вопросъ о переходѣ въ нее тѣхъ или иныхъ веществъ<sup>2)</sup>. Въ этомъ отношеніи, въ настоящее по крайней мѣрѣ время, мы могли бы привести только отрывочныя свѣдѣнія.

*Sicard*<sup>3)</sup> изслѣдовалъ содержаніе *сахара* въ цереброспинальной жидкости; при этомъ оказалось, что въ нормѣ ц.-с. жидкость содержитъ 0,5 *pro mille* сахара, при диабетѣ—1,0 и болѣе *pro mille*, наконецъ, при остромъ цереброспинальномъ и туберкулезномъ менингитѣ въ жидкости отмѣчалось пониженное количество сахара — 0,1 — 0,25 *pro mille*.

*Widal et Froin*<sup>4)</sup> изслѣдовали содержаніе *мочевины* въ ц.-с. жидкости: въ нормѣ мочевины въ ней содержится 0,15—0,35 *pro mille*, при Брайтовой же болѣзни—въ одномъ случаѣ было найдено 2,94, а въ другомъ—4,35 *pro mille*.

---

1) Жидкость выпускалась безъ контроля манометра.

2) См. ниже наше XIV наблюденіе.

3) Académie de médecine. Paris. 1904. 18 oct.

4) Gazette des Hôpitaux 1904 n. № 422, p. 1182.



*Sabrazes* <sup>1)</sup> въ одномъ случаѣ сильнаго алкоголизма съ комой нашелъ, что въ цереброспинальную жидкость перешло такъ много яда, что отъ нея пахло *алкоголемъ*.

#### Наблюденіе IV.

Больной Т. К., 18 лѣтъ, конторщикъ, холостъ. 12 января 1908 г. вечеромъ заболѣла голова, повысилась <sup>т°</sup>. На другой день головная боль усилилась, больной сталъ прихрамывать. <sup>т°</sup> держалась все время высоко. На 3-й день болѣзни вечеромъ—*retentio urinae*. На 5-й день развился полный параличъ правой ноги.

St. praes. 16 января. Внутр. орг. Н. Ходить не можетъ. Черепные нервы въ порядкѣ. Верхнія конечности нормальны. Полный параличъ ноги. Въ лѣвой ногѣ движенія въ предѣлахъ нормальнаго. Нѣкоторое разстройство координаціи въ лѣвой ногѣ. Суставильные р. высоки. Р. Бабинскаго получается справа. Пальцевой р. abs. Анальный р. abs. Брюшные и подошвенные р. не получаютъ. Cremaster. р. получается. Зрачки нормальны. *Retentio urinae*. Запоръ. Анестезія отъ уровня сосковъ книзу. Анестезія, главнымъ образомъ, выражена въ лѣвой ногѣ. Тактильная чувствительность слабѣе разстроена, чѣмъ болевая, но по тому же типу. Наиболее рѣзко разстроена температурная чувствительность. Ледъ, какъ холодъ, на лѣвой ногѣ не воспринимается. Мышечное чувство не разстроено. Рѣзко выраженный дермографизмъ.

17 января. *Punctio lumbalis*. Жидкость вытекала подъ повышеннымъ давленіемъ, нѣсколько мутна, взвѣшены хлопья. При микроскопическомъ изслѣдованіи: мононуклеарные лейкоциты, единичныя эпителиальныя клетки, кристаллы въ видѣ неправильныхъ таблицъ. <sup>т°</sup> 39,1<sup>0</sup>. Chinin 0,3. Aspirin 0,5. Coffein. natr. pl. 0,2—№ 2 pro die.

18 января. Общее самочувствіе лучше. <sup>т°</sup> 37<sup>0</sup>.

19 января. <sup>т°</sup> 37<sup>0</sup>. Общее состояніе лучше.

20 января. Вечеромъ <sup>т°</sup> 37,8<sup>0</sup>. *Punctio lumbalis*. Жидкость вытекала подъ повышеннымъ давленіемъ, прозрачна, но со взвѣшенными въ ней хлопьями.

22 января. Появляются движенія въ правой ногѣ. <sup>т°</sup> нормальна. Съ каждымъ днемъ всѣ болѣзненные явленія улучшаются.

23 января. Появилась *incontinentia urinae*.

26 января. Появился анальный рефлексъ.

2 февраля. Мочу можетъ удерживать.

5 февраля. Вставалъ съ постели и пробовалъ ходить.

5 марта. Больной выписался. Ходитъ, какъ здоровый. Сила движеній хорошая. Мочеиспусканіе Н. Разстройства чувствительности стали значительно меньше.

Остро развивающійся параличъ нижнихъ конечностей, главнымъ образомъ, правой ноги, при повышенной температурѣ, диссоціація разстройствъ чувствительности съ преимущественнымъ пораженіемъ чувствительности въ лѣвой ногѣ (типъ Броунъ-Секаръ) заставляютъ предполагать о наличии остраго инфекціоннаго міэлиты, расположившагося центрально преимущественно въ правой половинѣ спинного мозга въ области одной изъ вѣтвей art. spinal. anter. (arter. sulci).

Вліяніе *punctio lumbalis* на теченіе болѣзни представлялось совершенно очевиднымъ. Первая пункция повлекла за собой пониженіе температуры и улучшеніе самочувствія. На третьи сутки послѣ первой пункции <sup>т°</sup> вновь поднялась и, наконецъ, послѣ второго прокола опять упала уже окончательно, за чѣмъ послѣдовало и постепенное выздо-

<sup>1)</sup> Gaz. hebd. d. Sc. mѣd. de Bordeaux 1906. XXVII p. 338 — 340.

ровленіе. Мутность жидкости, повышенное давленіе, увеличенное количество лейкоцитовъ, наличность эпителиальныхъ клѣтокъ и проч. указываютъ на существованіе въ тканяхъ воспалительно-деструктивнаго процесса. Выпущенная во второй разъ жидкость была уже значительно менѣе мутной. Интересны постепенно наступавшія перемѣны въ клинической картинѣ послѣ пункции.

Почти параллельно съ только что изложеннымъ наблюденіемъ намъ пришлось видѣть другой случай, который въ началѣ представлялъ также картину остраго инфекціоннаго міэлита, гдѣ punctio не была сдѣлана и гдѣ въ слѣдующіе дни чрезвычайно быстро развился менингитъ, отъ котораго больной умеръ. Невольно является мысль, что, можетъ быть, и въ первомъ случаѣ, если бы пункция не была сдѣлана, т.-е. если бы не были вызваны тѣ или иные измѣненія въ болѣзненномъ процессѣ путемъ выпусканія цереброспин. жидкости, можетъ быть, и въ этомъ случаѣ болѣзнетворные агенты развили бы дальнѣйшую дѣятельность и завершили бы ее какимъ-либо инымъ, гораздо болѣе печальнымъ результатомъ. Вліяніе пункции въ качествѣ момента, локализовавшаго въ данномъ случаѣ патологическій процессъ и купировавшаго его поступательное движеніе, для насъ представляется довольно очевиднымъ.

#### *Абсцессы головного мозга.*

Важное діагностическое значеніе поясничный проколъ можетъ имѣть при мозговыхъ гнойникахъ въ случаяхъ, гдѣ показуется оперативное вмѣшательство.

#### *Наблюденіе V.*

Больной М. Ш., 39 л., еврей, механикъ. Въ августѣ 1905 г. появляется *опухоль воспалительнаго характера на шеѣ*. Въ концѣ сентября постепенно развивается картина *моторной афазіи безъ потери сознанія и судорогъ*. Вскорѣ же къ афазіи присоединяется *hemiparesis dextra*. Черезъ 3 дня больной поступаетъ въ клинику.

St. praesens. 28 сентября 1905 г. На шеѣ справа и сзади — *плотный инфильтратъ*. T<sup>0</sup> 38,6. Пульсъ 100 въ 1 м. Тоны сердца глухіе. Аппетитъ плохой. Языкъ обложенъ. Запоръ нѣтъ. Немного бѣлку въ мочѣ. Уд. вѣс. мочи 1,021. Масса кристалловъ мочевой кислоты. 58<sup>0</sup>/<sub>0</sub> Нв. 4.300.000 красныхъ и 15.870 бѣлыхъ шариковъ. Лежитъ въ постели. Полная моторная афазія. Сенсорной афазіи нѣтъ. Парезъ праваго нижняго *facialis*. *Hemiparesis dextra*. Сухож. рефлексы на верхнихъ конечностяхъ abs., коленные и ахилловы—живые. Клонуса нѣтъ. Р. Бабинскаго и пальцевой р. abs. Зрачки и тазовые органы въ порядкѣ. Головная боль. Симптомъ Бехтерева (постукиванье скуловой дуги) abs. Гипалгезія въ правой половинѣ тѣла. Мышечное чувство не разстроено. *Neuritis optica*.

Въ первые дни пребыванія больного въ клиникѣ наблюдались частыя эпилептиформныя припадки.

*Punctio lumbalis*. Выпущена совершенно мутная жидкость подъ большимъ давленіемъ. Подъ микроскопомъ найдено очень много лейкоцитовъ.

*Операция*. Мозгъ выбухаетъ въ трепанаціонное отверстіе. Гной вытекъ почти сейчасъ же, какъ только прикоснулись къ поверхности мозга зондомъ. Абсцессъ лѣвой лобной доли

У больного, страдавшего въ теченіе недѣль шести опухолью воспалительнаго характера на шеѣ, развивается постепенно афазія, а затѣмъ hemiparesis dextra. Въ клинику больной поступаетъ съ лихорадочнымъ состояніемъ, сильной головной болью, явленіями застойнаго соска и вышеописанными гнѣздными явленіями. Наличие мозгового пораженія была очевидна. Въ виду первичнаго появленія моторной афазіи и только дальнѣйшаго развитія гемипареза даже безъ р. Бабинскаго съ извѣстной основательностью можно было предполагать о локализациі процесса въ области центра рѣчи, главнымъ образомъ. Отмѣченный гиперлейкоцитозъ и лихорадочное состояніе наводили на мысль объ абсцессѣ мозга. Развившаяся серія эпилептиформныхъ припадковъ заставляла думать о дальнѣйшемъ распространеніи процесса. Сдѣлана punctio, которая дала совершенно мутную жидкость, вытекавшую подъ очень большимъ давленіемъ и содержавшую большое количество гнойныхъ элементовъ. Эти данныя не только гармонировали съ предположеніемъ объ абсцессѣ, но вынуждали спѣшить съ оперативнымъ вмѣшательствомъ, такъ какъ указывали какъ будто и на ростъ (очень увеличенное давленіе, припадки), и на распространеніе абсцесса къ поверхности мозга (большое количество гнойныхъ элементовъ). На операціи всѣ эти предположенія оправдались. Весьма возможно, что, если бы операція была сдѣлана на сутки позднѣе, гной излился бы въ оболочки мозга. Такимъ образомъ, punctio lumbalis сыграла въ данномъ случаѣ большую роль.

Аналогичныя данныя со стороны цереброспинальной жидкости были получены нами въ другомъ случаѣ глубокаго абсцесса всей лобной доли одного полушарія, развившагося послѣ огнестрѣльнаго раненія черепа и подтвержденнаго операціей. Здѣсь данныя клинической картины давали возможность съ очень большей степенью вѣроятности предполагать абсцессъ мозга и безъ punctio lumbalis, при которой жидкость вытекала опять подъ очень значительнымъ давленіемъ, была мутной и содержала много гнойныхъ элементовъ. Абсцессъ и въ этомъ случаѣ очень близко подходилъ къ поверхности мозга.

Я позволю себѣ здѣсь привести еще одно наблюденіе, которое имѣетъ большой клиническій интересъ.

#### *Наблюденіе VI.*

Больной А. М., 33 лѣтъ, разсѣльный въ типографіи, женатъ. Отецъ † тбс. *За недѣлю до поступленія въ клинику больной жаловался на головную боль. 5 дней назадъ больной вдругъ чуть не упалъ, голову повело въ правую сторону, очень часто сталъ моргать глазами, поблѣднѣлъ, все тѣло задрожало, жаловался на сильный ознобъ; послѣ этого вскрикнулъ, сталъ биться, вырываться; выступила рѣзко цианотичная окраска кожи; вновь вело голову и было сильное морганье; послѣ этого больной уснулъ. Проснувшись черезъ часъ, больной ничего не помнилъ о бывшемъ съ нимъ. Была сильная головная боль. На другой день пошелъ на работу. Появилось расстройство памяти на недавнее. На третій день послѣ описаннаго припадка развилась сильная слабость, затѣмъ безпокойное со-*

стояніе, наконецъ, въ день поступленія въ клинику, больной впалъ въ *безсознательное состояніе*.

St. praesens. 18 сентября 1904 г. Пульсъ 64, Т° 36,6° — 37,5°. Бронхіальное дыханіе въ лѣвой верхушкѣ; разсѣянные хрипы; кашель съ кровью. *Мочится и испражняется подѣ себя. Правый глазъ отведенъ кнаружи. Симптомъ Ковтід'а*. На верхнихъ конечностяхъ сухожильные рефлексy живые. *Колѣнныхъ и ахилловыхъ получить не удастся*. Брюшные р. abs. Cremaster и подошвенные р. получаютъ. Р. Бабинскаго и пальцевой abs. *Зрачки на свѣтъ реагируютъ*. На сильные уколы булавкой реагируетъ отдергиваньемъ конечности. Дно глаза N. *Воспріятія совершаются съ большою задержкой. Сознаніе порядочно затемнено. На вопросы отвѣчаетъ съ трудомъ, но правильно*. Воспоминанія не утрачены. Какая-либо *активность утрачена. Апатія*. Подчиняется всѣмъ требованіямъ. Отъ пищи не отказывается.

20 сентября. Послѣ Vesicator. ad nucham.; infus. laxativ.; valerian. aether. *психическая сфера прояснилась*. Больной можетъ самъ ѣсть; мочиться подѣ себя пересталъ. Пульсъ 60 въ 1 мин. Назначено специфическое лѣченіе Hg.

21 сентября. *Безсознательное состояніе появилось вновь*. Сдѣлана punctio lumbalis. Жидкость вытекала прозрачной, по каплямъ. Выпущено около 3 к. ц. Послѣ центрифугированія жидкости найдены *единичные лейкоциты (мононуклеары)*. Послѣ пункции появились *колѣнные и ахилловы рефлексy*; колѣнные р. оказались даже *повышенными*. Пульсъ 58.

22 сентября. Затемненіе сознанія попрежнему.

25 сентября. Больной умеръ. На аутопсіи оказался *абсцессъ въ лѣвой лобной доль* величиной болѣе крупнаго грецкаго орѣха.

Настоящее наблюденіе во всей его полнотѣ вмѣстѣ съ микроскопическимъ изслѣдованіемъ нервной системы я оставляю за собой право использовать для другой уже начатой мной работы. Здѣсь же я ограничусь обсужденіемъ только той стороны наблюденія, которая относится къ punctio lumbalis.

У больного развивается въ общемъ картина тяжелаго органическаго разстройства головного мозга; кромѣ того, у больного отмѣчено было при поступленіи отсутствіе колѣнныхъ и ахилловыхъ рефлексовъ. Послѣ такъ называемой отвлекающей терапіи, сознаніе больного прояснилось (см. истор. б. 20 сентября). Назначено Hg въ формѣ фрикцій, послѣ чего вновь развивается *безсознательное состояніе*. Наконецъ, дѣлается punctio. Жидкость оказывается вытекающей по каплямъ, безъ ясно замѣтныхъ явленій повышеннаго давленія, совершенно прозрачная. Выпущено только 3 к. ц. (Въ жидкости единичные лейкоциты). Punctio не оказала, повидимому, вліянія на общее состояніе больного, но *послѣ операціи у больного удается легко получить ахилловы рефлексy, колѣнные же оказываются даже повышенными*. Вліяніе punctio очевидно. Въ виду повышеннаго давленія въ цереброспинальной полости сухожильные рефлексy на нижнихъ конечностяхъ не получались, послѣ же извѣстнаго пониженія этого давленія ихъ вызвать удается легко. Съ аналогичнымъ явленіемъ по отношенію къ рефлексамъ на нижнихъ конечностяхъ мы уже встрѣтились въ нашихъ I, II и III (а также ниже въ XV) наблюденіяхъ. Интересно въ этомъ отношеніи наблюденіе *Mongeur'a* <sup>1)</sup>, который отмѣчалъ повышеніе сухо-

<sup>1)</sup> *Mongeur*. Compt. rend. Soc. de Biol. 1903. LV, p. 1561.

жильныхъ рефлексовъ при нервныхъ болѣзняхъ у людей послѣ пункции. Наоборотъ, на животныхъ авторъ замѣчалъ послѣ поясничнаго прокола пониженіе рефлексовъ.

Несмотря на то, что въ данномъ случаѣ мы имѣли дѣло съ довольно большимъ мозговымъ абсцессомъ, тѣмъ не менѣе выпущенная жидкость не была мутной, какъ въ первыхъ двухъ случаяхъ. Повидимому, это отсутствіе мути, т.-е. весьма значительной примѣси гнойныхъ элементовъ, зависѣло отъ того, что абсцессъ располагался болѣе глубоко въ веществѣ мозга.

### *Опухоли головного мозга, мозжечка и спинного мозга.*

Теперь я позволю себѣ дать нѣсколько иллюстрацій къ тому, какихъ результатовъ мы можемъ добиться и какія явленія можемъ наблюдать, примѣняя *punctio lumbalis* при новообразованіяхъ центральной нервной системы. При этомъ, повидимому, уже заранѣе можно предполагать, что наблюдаемые результаты могутъ оказываться очень различными въ зависимости отъ характера и локализациі опухоли, ея отношенія къ другимъ близлежащимъ тканямъ. Самое болѣе, на что мы можемъ рассчитывать въ терапевтическомъ смыслѣ, является, конечно, временное облегченіе тѣхъ или иныхъ болѣзненныхъ разстройствъ. Однако и въ этомъ отношеніи далеко не всегда можно добиться успѣха.

#### *Наблюденіе VII.*

Больная Т. Б., 25 лѣтъ, дѣвушка, живетъ при родныхъ. Въ концѣ 1899 г. больной была сдѣлана трепанациа по поводу предполагаемой кисты праваго полушарія мозга. Въ центрѣ руки былъ сдѣланъ уколъ иглой и была выпущена желтоватаго цвѣта жидкость въ количествѣ около 20 к. ц. Послѣ выпуска жидкости былъ сдѣланъ разрьѣзъ въ центрѣ руки. Послѣдствіемъ этой операціи осталась *hernia cerebri* съ приподнятіемъ кожно-костнаго лоскута; въ результатѣ получилась опухоль величиной съ куриное яйцо. Status (1905—1908 г.) нервной системы сводится къ слѣдующему: *hemiplegia sinistra inveterata*, глубокое разстройство всѣхъ видовъ чувствительности въ лѣвой половинѣ тѣла, атрофія зрительнаго нерва слѣва, справа — сильное обезцвѣчиваніе сосочка; лѣвыми глазами совсѣмъ не видитъ, правыми плохо; у больной періодически появляются сильнѣйшія головныя боли и эпилептиформныя припадки.

Въ первый разъ *punctio lumbalis* въ мартѣ 1901 г. Выпущено было 30 к. ц. бившей фонтаномъ прозрачной цереброспинальной жидкости. Какъ только вытекла жидкость, то произошло западеніе мягкой выбухающей части опухоли на головѣ между кожно-костными краями ея. На другой день послѣ пункции вновь было отмѣчено выбуханіе мягкой части въ той же степени, какъ до поясничнаго прокола. Въ дальнѣйшемъ наступило нѣкоторое чередованіе неправильнаго характера въ напряженіи опухоли: то она западала, то вновь выбухала, при этомъ больная отмѣчала, что выбуханіе опухоли совпадаетъ съ болѣе слабыми головными болями, и, наоборотъ, когда отмѣчается западеніе между кожно-костными краями опухоли, головная боль дѣлается сильнѣе.

Въ октябрѣ 1902 г. головныя боли настолько усилились, что больная вновь поступила въ клинику. Здѣсь ей былъ сдѣланъ вколъ полонъ иглой въ выбухающую опухоль на головѣ и было выпущено до 30 к. ц. кровянистой, мутной жидкости. Въ общемъ значительнаго улучшенія не было.

Въ 1905 г. больная поступила въ четвертый разъ въ клинику по случаю новаго обостренія головныхъ болей и бывшихъ эпилептиформныхъ припадковъ. Больной была сдѣлана во второй разъ *punctio lumbalis*. Выпущено около 20 к. ц. совершенно прозрачной жидкости. Форменныхъ элементовъ въ жидкости немного. *Послѣ выпусканія жидкости опухоль на головѣ стала менѣе напряженной, головная же боль послѣ пункции рѣзко усилилась*: больная кричала; временно пульсъ не прощупывался. Coffein, вино. Къ вечеру головная боль стихла. Въ послѣдующіе дни боль головы опять усилилась въ формѣ періодическихъ приступовъ. Черезъ 5 дней послѣ поясничнаго прокола опухоль на головѣ замѣтно увеличилась и напряженіе въ ней усилилось; головная же боль постепенно пришла in statum quo ante punctiorem.

Черезъ недѣлю больной была сдѣлана вторая *punctio* въ опухоль, выпущено около 30 к. ц. *мутной, серозно-кровоянистой жидкости*, послѣ чего головная боль сразу исчезла, и само чувствіе больной стало хорошимъ.

Въ 1906 и 1907 г. больной вновь выпускали жидкость путемъ вкола въ опухоль, и всякій разъ наступало улучшение въ ея состояніи и исчезновеніе обострившихся до операціи болѣзненныхъ явленій (головной боли).

Настоящее наблюденіе, будучи изложено довольно кратко, позволяетъ все-таки заглянуть въ интересную область возможныхъ взаимоотношеній между *punctio lumbalis* и скопленіемъ жидкости въ головномъ мозгу въ формѣ кисты. У нашей больной, несомнѣнно, имѣется киста полушарія мозга; это доказывается неоднократно оперативными вмѣшательствами. Въ этой кистѣ жидкость постоянно прибываетъ; наблюдая больную въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ, можно сказать, что почти ежегодно ей приходится выпустить накопившуюся въ излишнемъ количествѣ жидкость въ полости черепа, чтобы она стала себя чувствовать сносно. Два раза больной была сдѣлана попытка облегчить ея состояніе путемъ поясничнаго прокола, однако оба раза неудачно (въ 1901 и 1905 г.). Тѣмъ не менѣе, намъ удалось прослѣдить нѣкоторыя явленія взаимоотношеній между фактомъ выпусканія жидкости изъ полости позвоночника и состояніемъ имѣющейся у больной грыжи мозга. Оба раза опухоль на головѣ послѣ люмбальной пункции становилась менѣе напряженной; несмотря на это, головная боль даже усиливалась. Послѣднее обстоятельство интересно въ связи со сдѣланнымъ въ 1901 г. наблюденіемъ, что болѣе сильныя головныя боли отмѣчались тогда, когда опухоль на головѣ оказывалась меньше, менѣе взбухала, и наоборотъ. Почти то же самое отмѣчалось и въ 1905 г.

Эти взаимоотношенія паталого-физиологически, думается намъ, надо представлять себѣ слѣдующимъ образомъ.

Одновременно съ накопленіемъ жидкости въ кистѣ происходитъ накопленіе жидкости въ желудочкахъ мозга, *respect.* цереброспинальной жидкости, устанавливается извѣстное равновѣсіе. При очень большомъ скопленіи жидкости въ кистѣ головныя боли становятся невыносимыми, появляются эпилептиформные припадки. Если выпустить цереброспинальную жидкость, то равновѣсіе нарушается: жидкость въ кистѣ давитъ внутрь мозга сильнѣе; взбуханіе и напряженіе опухоли снаружи уменьшается; головная боль усиливается. Если бы было

сообщение кисты съ желудочками, то punctio lumbalis дала бы терапевтический эффектъ, но этого нѣтъ; къ тому же и жидкость кисты по внѣшнему виду совершенно отличается отъ цереброспинальной жидкости больной. Является другой вопросъ, почему получается терапевтический эффектъ отъ пункции въ мозгу? Почему, разъ мы допускаемъ скопленіе цереброспинальной жидкости, разъ мы видимъ, что она, будучи выпущена, бьетъ фонтаномъ, то мы не видимъ обратнаго явленія: давленія cerebro-спинальной жидкости изнутри и отсюда усиленія головной боли, а, наоборотъ, видимъ ея уменьшеніе. Это обстоятельство мы склонны объяснить допущеніемъ, что, повидимому, въ кистѣ жидкость прибываетъ энергичнѣе, чѣмъ въ цереброспинальной полости, во-вторыхъ тѣмъ, что головная боль и другіе симптомы являются въ результатъ скопленія жидкости именно въ кистѣ, а не вслѣдствіе увеличенія количества cerebro-спинальной жидкости; и, наконецъ, тѣмъ, что разъ обстоятельство, обусловившее накопленіе cerebro-спинальной жидкости, быстро исчезло, то и вторично скопившаяся cerebro-спинальная жидкость начинаетъ быстро рассасываться — въ ней нѣтъ нужды. Таково патолого-физиологическое толкованіе, каковое мы можемъ придать наблюдаемымъ явленіямъ.

### Наблюденіе VIII.

Больная И. И. 34 л., сельская учительница, дѣвица. Настоящее заболѣваніе началось въ маѣ 1907 г. *рвотой и сильной головной болью*. Поступила въ клинику въ январѣ 1908 г. За это время лѣчилась, между прочимъ лежала въ больницѣ, временами состояніе больной было *тяжелымъ*, временами настолько *улучшалось*, что больная могла заниматься.

St. praesens въ январѣ 1908 г. Внутренніе органы не представляютъ измѣненій. Часто бываетъ *рвота*. Положеніе тѣла активное. Теторъ пальцевъ рукъ и языка. Нистагмообразныя движенія. Правая носогубная складка нѣсколько *сглажена*. Языкъ отклоняется вправо. При конвергенціи лѣвый глазъ отстаеетъ, при движеніи глазъ влѣво лѣвый глазъ не доходитъ до наружнаго угла глазной щели. Парезовъ конечностей нѣтъ. Сухожильные рефлексы повышены. Патологическихъ рефлексовъ нѣтъ. Зрачки вяло реагируютъ. Тазовые органы въ порядкѣ. Головные боли. Боли въ спинѣ. Чувствительность N. Visus O. S=O Vis. O. D безъ коррекціи=0,06, съ коррекціей=0,2. Mionia Зрачки расширены. Atrophia n. optici alba oculi utriusque. Поле зрѣнія праваго глаза сужено почти въ формѣ чистой Hemianopsia dextra (функционируетъ почти исключительно только наружная часть сѣтчатки праваго глаза). Слухъ слѣва пониженъ. Обоняніе слѣва очень понижено. Ясный дермографизмъ. У больной ослабѣла сильно память, настроеніе по давленію, она плохо соображаетъ, мало разговариваетъ, не общительна.

11 февраля. Punctio lumbalis. Жидкость вытекала подъ повышеннымъ давленіемъ, свѣтла, прозрачна. После пункции сильная головная боль въ лѣвой половинѣ головы.

12 февраля. Настроеніе больной стало повышеннымъ: больная смеется, болтаетъ, очень много разговариваетъ. Жалуется на стрѣльбу въ ухѣ. Головной боли нѣтъ.

15 февраля. Больная выписалась въ повышенномъ настроеніи. Головная боль совершенно исчезла. Бывшія до пункции частыя рвоты после нея совершенно прекратились.

Больная страдаетъ тяжелымъ органическимъ заболѣваніемъ головного мозга, повидимому — опухолью, м. б., кистознаго характера, занимающей, какъ это представляется съ наибольшей вѣроятностью, область нижней части лѣвой лобной доли мозга съ распро-



страненіемъ кзади и нѣсколько кверху и дающей, между прочимъ, слѣдующій комплексъ мѣстныхъ симптомовъ: anopsia лѣваго глаза и почти всей внутренней половины сѣтчатки праваго, anosmia слѣва, ослабленіе слуха слѣва, парезъ facialis и hypoglossi справа — такого рода заболѣваніе мы можемъ, по крайней мѣрѣ, представить себѣ въ данномъ случаѣ. Помимо соматическихъ разстройствъ, у больной отмѣчено подавленное состояніе, плохое соображеніе, ослабленіе памяти. И вотъ на эти-то разстройства произведенная пункція оказала свое вліяніе: послѣ выпусканія находившейся подъ повышеннымъ давленіемъ совершенно прозрачной жидкости, несмотря на отмѣченную въ первое время головную боль, вскорѣ, впрочемъ, исчезнувшую, на другой же день у больной рѣзко измѣнилось настроеніе въ сторону повышенности и появилась нѣкоторая экзальтированность.

Помимо того, у больной исчезли головныя боли и бывшія до того рвоты.

Весьма возможно, что на счетъ неблагопріятныхъ послѣдствій отъ пункціи надо отнести и отмѣченную стрѣльбу въ ухѣ.

Входить же въ болѣе детальное обсужденіе возможныхъ предположеній для объясненія дѣйствія пункціи въ данномъ случаѣ я не считалъ бы себя въ правѣ.

Сходныя вліянія поясничнаго прокола намъ приходилось наблюдать въ другихъ случаяхъ опухолей. Такъ, напримѣръ, у больного (tumor cerebri), представляющаго hemiplegia dextra с. aphasia motoria съ пролежнемъ на здоровой сторонѣ, мочеиспусканіемъ подъ себя, сонливостью, психической вялостью, апатіей и полнымъ индифферентизмомъ къ окружающему, послѣ первой пункціи не было отмѣчено никакихъ перемѣнъ, послѣ же второй, сдѣланной на 4-й день послѣ перваго прокола, было отмѣчено, что больной стало замѣтно бодрѣе и веселѣе. Въ томъ и другомъ случаѣ жидкость вытекала подъ повышеннымъ давленіемъ. Отсутствіе перемѣнъ въ самочувствіи больного послѣ 1-й пункціи, повидимому, надо объяснить тѣмъ, что было выпущено недостаточное количество жидкости, т.-е. внутричерепное давленіе не было достаточно понижено.

О томъ, какой результатъ можно получить при опухоляхъ мозжечка отъ поясничнаго прокола, можно видѣть изъ слѣдующаго наблюденія.

### Наблюденіе IX.

Больной С. К., 22 лѣтъ, холостъ, приказчикъ. Съ 8-ми лѣтъ послѣ скарлатины плохо слышитъ на правое ухо. Около 1½ года назадъ замѣтилъ *ухудшеніе слуха на оба уха, постепенно прогрессирующее*, такъ что больше года (1 г. 2—3 мѣс.) больной совсѣмъ *пересталъ слышать*. Въ это же время появились головныя боли въ затылкѣ, *походка стала шатающейся, рѣчь сдѣлалась невнятной*. Мѣсяцевъ 10 назадъ — замѣтилъ *прогрессирующую слабость зрѣнія*. St. gras. Марта 1908 г. *Походка пьянаго. Шатаніе больше вправо. Рѣчь неясная*, какъ будто при наполненномъ ртѣ. *Нистагмъ*. Патологическихъ рефлексовъ нѣтъ. Тазовые органы и чувствительность нормальны. *Головная боль въ затылкѣ*. Vis. O. S. = O. Правымъ глазомъ читаетъ написанное только очень крупными печатными



буквами. Зрачки расширены. Реакція зрачка слѣва abs, справа есть. *Атрофія зрительныхъ нервовъ послѣ застойнаго соска.* Разстройство цвѣтоощущенія: красный цвѣтъ воспринимаетъ, какъ желтый; лиловый, какъ синий; зеленый, какъ черный. *Въ правомъ глазу поле зрѣнія рѣзко сужено концентрически. Абсолютно не слышитъ.* Костная проводимость = 0. Въ лѣвомъ ухѣ otitis media purulenta chronica. Въ правомъ ухѣ полное разрушеніе барабанной перепонки, вскрытъ епитимпан и aditus ad antrum. При изслѣдованіи крови гиперлейкоцитоза не найдено. T° нормальна.

7 марта. *Punctio lumbalis.* Жидкость вытекала подъ повышеннымъ давленіемъ. Жидкость желтоватаго цвѣта, но совершенно прозрачная. Ни микроскопическое, ни бактериологическое изслѣдованіе ничего особеннаго не дали.

8 марта. Послѣ пункции самочувствіе больного значительно улучшилось. Головная боль стала значительно меньше. — Въ дальнѣйшемъ головная боль ослабѣла еще болѣе.

Заболѣваніе мозжечка здѣсь очевидно. Вопросъ заключался въ томъ, имѣли ли мы передъ собой опухоль или абсцессъ, и въ связи съ этимъ, конечно, стоялъ вопросъ объ оперативномъ вмѣшательствѣ въ случаѣ послѣдняго рѣшенія. Двустороннее ушное заболѣваніе, казалось бы, давало всѣ данныя для того, чтобы рѣшить этотъ вопросъ въ смыслѣ образованія гнойника, однако слѣдующія соображенія заставили насъ остановиться на мысли, что предъ нами имѣется опухоль. Консультантъ-отіатръ пр.-доц. *Е. М. Степановъ* по характеру найденныхъ имъ измѣненій высказался за малую вѣроятность того, что данное даже двустороннее ушное заболѣваніе могло повести къ образованію внутричерепного абсцесса. T° у больного нормальна. Гиперлейкоцитоза не найдено. Наконецъ, punctio lumbalis дала прозрачную жидкость безъ какой-либо значительной примѣси гнойныхъ элементовъ. Желтоватый цвѣтъ жидкости, повидимому, зависѣлъ отъ случайной примѣси небольшого количества крови.

Жидкость вытекала подъ повышеннымъ давленіемъ. Послѣ пониженія внутричерепного давленія самочувствіе больного значительно улучшилось, головныя боли значительно ослабѣли.

По отношенію къ новообразованіямъ въ спинно-мозговомъ каналѣ поясничный проколъ не далъ намъ какихъ-либо существенныхъ результатовъ. Значительнаго облегченія, напр., болѣе мы никогда не видали. Съ другой стороны, и дурныхъ послѣдствій,—по крайней мѣрѣ въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы примѣняли пункцию, мы также не видали. Жидкость большей частью вытекала подъ повышеннымъ давленіемъ. Въ нѣсколькихъ случаяхъ жидкость оказывалась желтоватой; м. б., такая сравнительно болѣе частая примѣсь крови зависѣла отъ болѣшаго развитія сосудовъ въ полости позвоночника въ связи съ имѣвшейся тамъ опухолью. Мы не касаемся здѣсь вопроса о значеніи punctio l. для цито-діагностики въ случаяхъ опухолей позвоночнаго канала. См. между прочимъ только что опубликованную работу *Sicard и Gy* (Rev. Neurol. 1908 г. № 23).

#### *Сифилисъ мозга и hemiplegia ex thrombose.*

Примѣненіе пункции при сифилисѣ намъ приходилось дѣлать рѣдко; это и понятно, потому что въ случаяхъ сифилиса обычно произво-

дится специфическое лѣченіе. Однако, нѣкоторыми результатами наблюденія позволительно будетъ подѣлиться.

#### *Наблюденіе X.*

Въ одномъ случаѣ *lues cerebri* выражавшемся эпилептиформными припадками, безсознательнымъ состояніемъ и *hemiplegia dextra*, у человѣка 60 лѣтъ, въ то время какъ уже производилось специфическое лѣченіе и когда налицо имѣлась только гемиплегія, была произведена пункция (было выпущено 10 к. ц. совершенно прозрачной жидкости), послѣ чего больной сталъ замѣтно быстрѣ поправляться: улучшение паралича шло быстрымъ темпомъ съ каждымъ днемъ, чего раньше не замѣчалось несмотря на лѣченіе.

Я не позволилъ бы себѣ обращать вниманіе на подобное единичное наблюденіе, если бы у меня не было еще одного аналогичнаго наблюденія при *hemiplegia ex thrombose*.

#### *Наблюденіе XI.*

Больной 53 л., алкоголикъ, заболѣваетъ гемиплегіей, развивающейся по типу тромботической, съ полнымъ отсутствіемъ движеній, рѣзко выраженной ригидностью и глубокими расстройствами чувствительности. Терапія: *natr. iodat.* Улучшеніе идетъ чрезвычайно медленно. Черезъ 6 недѣль отъ начала болѣзни сдѣлана *punctio*, при которой выпущено 15 к. ц. совершенно прозрачной, вытекавшей подъ очень повышеннымъ давленіемъ жидкости. На другой же день было отмѣчено рѣзкое улучшеніе движеній, въ дальнѣйшемъ же больной сталъ бы стро поправляться.

Я вполне сознаю, что приведенныхъ наблюденій далеко недостаточно для какихъ-либо положительныхъ выводовъ, но, имѣя ихъ, можно съ извѣстнымъ правомъ поставить вопросъ, не можетъ ли *punctio lumbalis* путемъ пониженія внутричерепного давленія вліять такимъ образомъ на нѣкоторые процессы въ нервной системѣ съ хроническимъ теченіемъ, гдѣ, напр., происходитъ очень замедленное рассасываніе патологическихъ элементовъ, что этому рассасыванію дается извѣстный толчокъ и тѣмъ самымъ получается замѣтный и значительный клинический эффектъ. Я еще разъ повторяю, что я не хочу дѣлать еще никакихъ заключеній, но, съ другой стороны, я не считалъ себя въ нравѣ въ данномъ случаѣ скрыть наблюденія и возникшія по поводу нихъ мысли, особенно когда эти наблюденія получены были совершенно неожиданно и внѣ всякаго искательства со стороны наблюдателя.

Въ другихъ случаяхъ сифилиса нервной системы мы не получали ничего, достойнаго замѣчанія.

Изъ доступныхъ намъ литературныхъ данныхъ по интересующему насъ вопросу нами было найдено немного указаній.

*P. Marie* и *Guillain* <sup>1)</sup> рекомендуютъ пункцию при головныхъ боляхъ во второмъ стадіи сифилиса, когда *Hg* быстро не помогаетъ. Въ своихъ случаяхъ при этомъ они отмѣчали повышенное давленіе.

*Babinski* въ одномъ случаѣ, представлявшемъ картину *meningo-my-*

---

<sup>1)</sup> Bulletin et mémoire de la soc. méd. des hôpitaux de Paris 14 fév. 1902.

elitis specifica 7 разъ производилъ пункцію. Въ жидкости при первыхъ пункціяхъ всегда находилось много лимфоцитовъ и много крови; при дальнѣйшихъ пункціяхъ и то, и другое исчезло. Всякій разъ послѣ выпусканія жидкости наступало улучшение какъ въ субъективномъ состояніи, такъ и въ состояніи функций. Въ виду того, что авторъ смотритъ на свой случай, какъ на компликацію: *meningo-myelitis specifica + meningitis fibrinosa haemorrhagica*, то, весьма возможно, этотъ случай можно сопоставить по полученнымъ результатамъ съ нашимъ IV наблюденіемъ.

### Т а б е л ь.

Переходя къ такъ-назыв. парасифилитическимъ заболѣваніямъ, мы должны были бы, говоря о роли въ клиникѣ послѣднихъ поясничнаго прокола, прежде всего остановиться на значеніи въ данномъ случаѣ реакціи фиксаціи комплемента по отношенію къ цереброспинальной жидкости, но за неимѣніемъ личныхъ наблюденій мы полагаемъ необходимымъ отослать всѣхъ интересующихся къ работамъ, специально посвященнымъ этому вопросу.

За послѣднее время уже начать довольно энергичный походъ противъ технической сложности вышеупомянутой реакціи съ цѣлью добиться въ клиническомъ смыслѣ тѣхъ же результатовъ, какіе даетъ реакція фиксаціи комплемента. Въ этомъ отношеніи, повидимому, заслуживаетъ большого вниманія для будущаго недавно предложенная реакція *Nonne-Apelt's* <sup>1)</sup>).

Эта реакція, согласно заключенію авторовъ, есть, собственно говоря, не что иное, какъ реакція на осажденіе глобулиновъ. Техника очень проста: равное количество цереброспинальной жидкости смѣшивается въ пробиркѣ съ равнымъ количествомъ насыщеннаго на холоду раствора *Ammonii sulfuric. purissim. Merk* (80 : 100); пробиркѣ даютъ постоять минуты 3—5, и въ случаѣ положительнаго результата получается опалесценція или осадокъ, зависящіе отъ присутствія глобулиновъ. (Это такъ-назыв. 1-я фаза реакціи; она-то и имѣетъ большое практическое значеніе). Положительный результатъ *Nonne* и *Apelt* получили при

Paralys. progres. (22 случая) . . . . .	100 <sup>0</sup> /%.
Tabes (17 случаевъ) . . . . .	93 <sup>0</sup> /%.
Сифилисъ центр. нервн. сист. (15 случ.). . . . .	92 <sup>0</sup> /%.
Сифилисъ II періодъ (5 случ.). . . . .	20 <sup>0</sup> /%.
Lues congenita (5 случ.). . . . .	100 <sup>0</sup> /%.
Сифилитики (перенесшіе сифилисъ, но въ настоящее время здоровые) (18 случ.). . . . .	0 <sup>0</sup> /%.

<sup>1)</sup> *Nonne und Apelt. Ueber fractionirte Eiweissausfällung in der Spinalflüssigkeit von Gesunden, Luetikern etc. und über ihre Ueberwerthung zur Differentialdiagnose der Dementia paralytica, Tabes, tertiären und abgelaufenen Syphilis. Arch. f. Psych. Bd. 43. Heft 2.*

Epilepsia idiopathica (10 случ.) . . . . .	0 <sup>0</sup> /0.
Alcohol. chron. (7 случ.) . . . . .	0 <sup>0</sup> /0.
Психозы (3 случ.), невроты (12 случ.), здо- ровые (5 случ.) . . . . .	0 <sup>0</sup> /0.

Такимъ образомъ, мы видимъ, что реакція Nonne-Apelt'a даетъ приблизительно такіе же клиническіе результаты, какъ реакція фиксаціи комплемента, но несравненно болѣе проста по своему выполнению. Намъ удалось провѣрить эту реакцію, къ сожалѣнію, не на большемъ числѣ случаевъ, однако мы можемъ сказать, что результаты получаются ободряющіе. Такъ, во всѣхъ (4) случаяхъ *tabes*'а мы получили положительный результатъ, отрицательный же—при *сирингоміэліи*, *гематоміэліи*, *опухоляхъ позвоночника*.

Изъ случаевъ *tabes*'а, въ которыхъ мы производили *punctio lumbalis* и въ которыхъ мы вообще не могли при этомъ отмѣтить какого-либо вліянія пункции на состояніе больныхъ, мы приведемъ здѣсь одинъ, гдѣ проколъ далъ ухудшеніе въ клинической картинѣ.

## Наблюденіе XII.

Больной Ф. В., 66 лѣтъ, чехъ, музыкантъ, женатъ. Боленъ настоящей болѣзнью *болѣе 20 лѣтъ*. *Lues* въ 1874 г. Отецъ † отъ *кровоизліянія* въ легкое, мать † отъ *tbc*.

*St. praesens*. (мартъ 1908 г.). *Аневризма аорты*. Моча нейтральной реакціи. *Лежитъ въ постели*. *Атактическая походка*. Хриплый голосъ. Фонація ослаблена. Парезъ нижнихъ конечностей. *Romberg* рѣзко выраженъ. Рѣзкая атаксія въ нижнихъ конечностяхъ. Сухож. рефлексы *abs*. Брюшные подошвенные и *cremaster p.* также *abs*. Реакція на свѣтъ зрачковъ *abs*. Запоры. *Задержаніе мочи*. Чувство пояса. Стрѣляющія боли въ нижнихъ конечностяхъ. Пониженіе всѣхъ видовъ чувствительности въ нижнихъ конечностяхъ.

7 марта. *Punctio lumbalis*. Жидкость вытекала подъ повышеннымъ давленіемъ. Жидкость совершенно прозрачная. Реакція *Nonne-Apelt'a* дала положительный результатъ.

8 марта. У больного впервые появилось *incontinentio urinae*. Жалуются на боли въ животѣ; однако, по словамъ больного, общее самочувствіе у него стало лучше.

15 марта. *Incontinentio urinae et alvi*.

17 марта. Сильное кровотеченіе изъ носа и изъ горла (аневризма!)

21 марта. Боли въ заднемъ проходѣ. *Decubitus* на правой ягодицѣ.

27 марта. Клизму не удерживаетъ.

13 апрѣля. Скончался внезапно, садясь на судно.

Аутопсія, къ сожалѣнію, не могла быть произведена.

Въ этомъ случаѣ довольно обычнаго стараго табеса, гдѣ у больного была аневризма и, конечно, большой артеріосклерозъ, послѣ выпусканія цереброспинальной жидкости впервые вмѣсто задержки мочи появляется ея недержание. За этимъ слѣдуетъ недержание кала (черезъ недѣлю послѣ пункции), далѣе сильныя боли въ заднемъ проходѣ, пролежень, неспособность задержать клизму. Черезъ 5 недѣль послѣ пункции больной внезапно умираетъ. Къ нашему глубокому сожалѣнію, аутопсія не была произведена. Надо предполагать, что вслѣдствіе пониженія давленія въ спинно-мозговомъ каналѣ нарушилось едва державшееся равновѣсіе уже значительно ослабленныхъ про-

тивъ нормы функцій, вслѣдствіе чего, благодаря дряблости всего организма, произошло поступательное быстро идущее нарастаніе разстройствъ, характерныхъ для имѣющагося у больного страданія. Является вопросъ, повліяла ли punctio на аневризму аорты и, если да, то какъ? Изъ дальнѣйшаго мы увидимъ, что пониженіе давленія внутри черепа можетъ пагубно отражаться на атероматозно-перерожденные сосуды мозга—появляется кровоизліяніе. Возможно, что и въ данномъ случаѣ мы могли бы говорить о вліяніи пункции на перерожденную и расширенную аорту. Если бы и можно было говорить о punctio lumbalis, какъ о причинѣ смерти въ данномъ случаѣ, то только въ смыслѣ момента, ослабившаго больного и тѣмъ ускорившаго печальную развязку; не надо забывать, что у больного имѣлась большая аневризма, что онъ болѣе 20 лѣтъ страдалъ тобесомъ и что смерть наступила черезъ 5 недѣль послѣ пункции.

Въ литературѣ имѣются нѣкоторыя указанія на вліяніе *punctionis* при *tabes*.

*Babcock* <sup>1)</sup> примѣнялъ пункцию въ 3-хъ случаяхъ *tabes*. Въ 1-мъ, имѣвшіеся симптомы повышеннаго внутричерепнаго давленія исчезли послѣ пункции. Во 2-мъ послѣ прокола рѣзко развилась картина атакси, которая до пункции была въ болѣе слабой степени. Въ 3-мъ случаѣ 6-ой находился въ пре-атактическомъ періодѣ болѣзни, но никакихъ явленій послѣ пункции не развилось.

*Debove* <sup>2)</sup> въ двухъ случаяхъ *tabes* видѣлъ отъ примѣненія пункции благотворный результатъ: желудочныя кризы исчезли, при этомъ улучшеніе наступало мгновенно. Выпущено было по 3 к. ц. жидкости

*Donath* <sup>3)</sup> видѣлъ болеутоляющее дѣйствіе пункции въ случаяхъ стрѣляющихъ болей и желудочныхъ кризовъ въ 17 случаяхъ *tabes*.

Такимъ образомъ, значеніе пункции при *tabes*“ѣ, какъ терапевтическаго воздѣйствія, для насъ, по крайней мѣрѣ, еще не можетъ считаться выясненнымъ. М. б., дѣйствительно при стрѣляющихъ боляхъ и кризахъ можно получить облегченіе. Мы не имѣемъ въ этомъ смыслѣ своего опыта. Въ болѣе же позднихъ случаяхъ, какъ говорятъ и литературныя данныя, примѣняя пункцию, можно получить и ухудшеніе въ состояніи больного.

Въ заключеніе же мы не можемъ не согласиться съ *Quinke* <sup>4)</sup>, что благодаря примѣненію *punctio lumbalis* при *tabes* и *paralys. progressiva* такъ же, какъ при опухоляхъ и психозахъ, выяснилось, что многіе симптомы зависятъ отъ повышеннаго давленія со стороны cerebro-спинальной жидкости а также отъ увеличеннаго въ ней количества лимфоцитовъ — симптомы раздраженія со стороны оболочекъ.

<sup>1)</sup> Americ. Journ. of. insan. Jun. 1899.

<sup>2)</sup> Gaz. hebd. de Méd. 1901. № 33. p. 390.

<sup>3)</sup> Wiener. Mediz. Woch. 1903. № 49.

<sup>4)</sup> Deutsch. Mediz. Woch. 1905. № 46. S. 1825.

*Hydrocephalus, syringobulbia, syringomyelia.*

Теперь мнѣ хотѣлось бы остановиться на группѣ болѣзненныхъ разстройствъ, которыя уже а priori въ силу анатомическихъ соотношеній, казалось бы, должны были реагировать на фактъ выпуска жидкости изъ цереброспинальной полости. Я говорю о головной водянкѣ, сирингобульбіи и сирингомиелиі. Говоря о первой, я не могу привести личныхъ наблюденій и поэтому ограничусь литературными данными.

Вопросъ о лѣченіи головной водянки люмбальными пункциями выдвинулся, повидимому, только за послѣднее время и, насколько можно судить, обѣщаетъ разрѣшиться благими отвѣтами.

Gröber <sup>1)</sup> и Lebrun <sup>2)</sup> оба видѣли хорошіе результаты отъ примѣненія punctio lumbalis при hydrocephalus, а именно: послѣ пункций наступало быстрое развитіе дѣтей. Выпускалось до 30—40 к. ц. цереброспинальной жидкости.

Вокay <sup>3)</sup> дѣлалъ систематическія пункции въ 30 случаяхъ hydrocephalus chronicus et congenitus и видѣлъ хорошіе результаты. Я позволю себѣ привести одно изъ наблюденій Вокay подробно.

Мальчикъ 4 мѣс. съ hydrocephalus internus послѣ остраго менингита. Въ теченіе 8 мѣс. ему было сдѣлано 11 пункций и въ общемъ было выпущено 283 к. ц. жидкости. Слѣдовательно въ среднемъ по 25 к. ц. каждыя 3 недѣли. Уже послѣ 4-й пункции отмѣчено улучшеніе общаго состоянія и психическихъ функцій. Черезъ 3 года авторъ видѣлъ мальчика и нашелъ его нормально развивающимся, хотя голова его была еще макроцефалической.

Tobler <sup>4)</sup> видѣлъ у дѣтей хорошіе результаты отъ пункции на ряду со всевозможными менингитами и при hydrocephalus (въ 15 случаяхъ).

Такимъ образомъ, въ поясничномъ проколѣ мы, повидимому, должны пріобрѣсти очень могучій способъ борьбы съ головными водянками, борьбы съ которыми, собственно говоря, до этого времени не существовало.

Объ отношеніи пункции къ сирингобульбіи и сирингомиелиі въ литературѣ, насколько мы можемъ судить, нѣтъ никакихъ свѣдѣній, и поэтому наши наблюденія представляютъ чрезвычайно большой интересъ.

Въ одномъ случаѣ (наблюденіе XIII. Мужчина 37 л., родившійся двойней), гдѣ было отмѣчено: дегенеративныя атрофіи мышцъ верхнихъ конечностей, диссоціація разстройствъ чувствительности, которыя распространялись и на лицо, паретико-спастическія явленія въ конечностяхъ, кифо-сколіозъ, частая перемѣна частоты пульса, вра-

1) München. med. Woch. 1900. № 8.

2) Bullet. du Syndic. méd. de Namus 1900.

3) Jahrbüch. f. Kinderheilkunde. 1903. Bd. 57. S. 229.

4) Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte. 1905. № 7.

щательный нистагмъ, изрѣдка диплопія, paresis m. recti superioris одной стороны, пониженіе вкусовыхъ ощущеній — слѣдовательно какъ явленія со стороны спинного мозга, такъ и со стороны продолговатаго, при чемъ болѣзнь развивалась подостро, была сдѣлана пункція на 3-мъ мѣсяцѣ отъ того момента, какъ больной сталъ замѣчать болѣзненные явленія. Жидкость вытекала подъ нѣсколько повышеннымъ давленіемъ, была прозрачна; при микроскопическомъ изслѣдованіи ничего особеннаго въ ней не было найдено. Никакихъ явленій ни въ сторону улучшенія, ни въ сторону ухудшенія послѣ пункціи отмѣчено не было.

#### Наблюденіе XIV.

Больной И. Б., 30 лѣтъ, плотникъ, холостъ. *Боленъ около 10 лѣтъ.* Изъ общаго анамнеза можно отмѣтить слѣдующее: *работа* большей частью тяжелая, *водку пьетъ съ 16 лѣтъ*; изъ болѣзней перенесъ только корь; *на 21 году сильно ударилъ по головѣ товарища правой рукой*, послѣ чего большой палецъ этой руки сильно распухъ, болѣлъ; однако, скоро это прошло. Со стороны наследственности отмѣчается только, что *отецъ rotator*. До настоящей болѣзни больной отличался всегда очень хорошимъ здоровьемъ. Съ весны 1896 г. больной сталъ отмѣчать *слабость правой руки, а вскорѣ и лѣвой; кисти рукъ стали худѣть*, въ рукахъ появилось *онѣмѣніе*. Зимой 1896 г. получилъ, *незамѣтно для себя, ожоги на спинѣ*. Больной въ 1-й разъ лежалъ въ клиникѣ въ *апрѣль 1897 г.* Тогда были отмѣчены спинальные явленія въ видѣ *атрофій и параличей мышцъ верхнихъ конечностей съ реакціей перерожденія*. Кромѣ того, было отмѣчено, что *языкъ у больного морщинистъ, и лѣвая половина его стянута*.

Во 2-й разъ больной былъ въ клиникѣ въ *февраль—мартъ 1906 г.* St. praes. Слѣва въ верхушкѣ выдохъ. Печень цирротична, плотна, тверда и увеличена. Pancreas прощупывается съ трудомъ. *Въ мочѣ 60/0 сахара*. Мимика неподвижная, *голосъ глухой. Ptosis oc. dextri; mydriasis oc. sinistri. Параличъ мягкого нѣба справа. Неподвижность лѣвой голо-совой связки.*

*Атрофія лѣвой половины языка. Движенія пальцевъ верхнихъ конечностей очень ограничены. Слабость брюшныхъ мышцъ, вслѣдствіе чего — раздутый, отвислый, большой животъ.*

*Деформація ногтевыхъ фалангъ (барабанные пальцы). Грифъ. Рѣзкія атрофіи мышцъ на верхнихъ конечностяхъ, особенно мелкихъ мышцъ кистей. Реакція перерожденія. Глубокое расстройство чувствительности и диссоціація: расстроена, главн. образ., болевая и температурная (верхнія конечности; куртка). Извращеніе температурной чувствительности. Временами сильныя головныя боли. Иногда отмѣчаетъ чувство жара во всемъ тѣлѣ. Нижнія конечности въ удовлетворительномъ состояніи. Психика N. Сильная жажда. Прожорливость.*

*Количество сахара при возможно осуществимой діетѣ колебалось довольно значительно, напр., 14 февраля 30/0, а 15 февраля—6,50/0; 22 февраля—6,50/0, 25 февраля—7,50/0. 8 марта. — Больной прибылъ въ вѣсъ на 2 фунта. 9 марта. Punctio lumbalis. Въ этотъ день было 4, 90/0 сахара въ мочѣ.*

Выпущено около 10 к. ц. жидкости, которая шла легко подъ извѣстнымъ давленіемъ. Жидкость *нѣсколько мутна (имѣется примѣсь крови)*. Подъ микроскопомъ красныя кровяныя шарики имѣютъ форму тутовой ягоды; бѣлыхъ шариковъ не удалось найти. Съ реактивомъ Нилендера получилось только побурѣніе, съ реактивомъ Троммера—прекрасная положительная реакція. Количественно: *1,80/0 сахара*. Послѣ пункціи *никакихъ непріятныхъ явленій* отмѣчено не было.

У больного не только рѣзко выраженныя сиригомиелическія расстройства, но и очень большое количество явленій сиригобульбиче-

скаго характера. Для этого достаточно только взглянуть на выше-приведенную исторію болѣзни. Особенный интересъ данное наблюдение представляетъ вслѣдствіе имѣющагося на лицо діабета. Отчего зависитъ діабетъ? Мы рѣшаемся высказать увѣренность, что въ нашемъ случаѣ діабетъ явился вслѣдствіе пораженія дна 4-го желудочка. Думается намъ, что мы имѣемъ на это право, такъ какъ имѣемъ несомнѣнные признаки пораженія продолговатаго мозга (глазодвигательныя разстройства, параличъ мягкаго неба, голосовой связки, атрофія языка). Съ другой стороны, мы не имѣемъ опредѣленныхъ данныхъ подозрѣвать другую причину діабета, по крайней мѣрѣ, изъ тѣхъ, которыя въ настоящее время извѣстны. Итакъ, мы останавливаемся на предположеніи, что діабетъ въ нашемъ случаѣ является симптомомъ синрингобульбіи. Въ этомъ отношеніи описанное наблюдение должно быть отнесено къ разряду исключительныхъ. Если не ошибаемся, діабетъ, какъ симптомъ синрингобульбіи, до сихъ поръ отмѣченъ не былъ. Достойно замѣчанія количество сахара въ мочѣ — до 7,50/o.

Что касается до punctio lumbalis, то, какъ мы видимъ, она не отразилась на клинической картинѣ болѣзни. Выпущенная же ц.-с. жидкость содержала сахаръ въ количествѣ 1,80/o при 4,90/o сахара въ мочѣ. Какъ мы видѣли выше, по даннымъ *Sicard*, количество сахара въ ц.-с. жидкости въ нормѣ 0,5 pro mille, т.-е. 0,050/o; при діабетѣ же *Sicard* нашелъ въ ц.-с. жидкости только 0,10/o и нѣсколько болѣе. Такимъ образомъ, найденное нами количество также представляется исключительнымъ.

Насколько въ двухъ предшествующихъ наблюденіяхъ punctio lumbalis прошла совершенно безнаказанно для больныхъ, настолько въ слѣдующемъ 3-емъ получился печальный, тяжелый исходъ.

#### Наблюденіе XV.

Больной П. Т., 40 лѣтъ, женатъ, литераторъ. Настоящее заболѣваніе началось около 20 лѣтъ назадъ. Лишь 15 лѣтъ назадъ.

*St. praesens* въ концѣ декабря 1907 г.

Ушные мочки приращены. Врожденное отсутствіе 2-хъ рѣзцовъ и 2-хъ малыхъ коренныхъ зубовъ на верхней челюсти; 2 первыхъ рѣзца растутъ въось, такъ что между ними существуетъ щель. Куполообразное нѣбо. Околѣзъ въ грудной части. Жесткое дыханіе въ верхушкахъ. Шаткая походка вслѣдствіе слабости.

Иногда слѣзанная пища попадала, по словамъ больного, въ дыхательное горло и въ носъ. Небольшой нистагмъ въ горизонтальномъ направленіи. *Diplopia* иногда отмѣчается вслѣдствіе слабости *recti exter. et interni* праваго глаза. Сила конечностей въ общемъ хорошая и только немного понижена въ правой ногѣ. Движенія шеи нѣсколько болѣзненны. Питаніе мышцъ удовлетворительно. Р. р. *biceps* и *triceps* повышены. Получается періостальный р. Кольчатый р. справа повышенъ, кольчатый слева значительно пониженъ. Ахилловы р. живые. Клонуса нѣтъ. Пальцевой и р. Бабинскаго *abs.* *Masse-ter* р. повышенъ. Брюшные *слева abs., справа—N.* *Cremaster* *слева abs., справа—N.* Подошвенные р. понижены. Глоточный р. ослабленъ. Реакція зрачковъ сохранена, но вяловата. Очень сильные запоры. Масса субъективныхъ разстройствъ. Боли въ области



правой половины шеи и по тракту межреберныхъ нервовъ, переходящій на переднюю поверхность тѣла бедра и голени. Головные боли. Нѣкоторая болѣзненность при постукиваніи двухъ верхнихъ грудныхъ позвонковъ. Тактильная чувствительность, вибраціонное и мышечное чувство сохранены. Болевая и температурная чувствительность резко разстроены въ правой половинѣ шеи и затылка, а также книзу отъ сегментарной линіи, проходящей приблизительно черезъ лѣвый сосокъ и лѣвую подмышечную впадину, въ лѣвой половинѣ тѣла и на нижней лѣвой конечности по передней поверхности бедра и голени, оставляя свободными заднюю поверхность лѣвой ноги, т.-е. область крестцового и копчикового сплетеній. *Nueritis optica*, скорѣе *Stauingspapille* (по заключенію д-ра В. П. Страхова). Дермографизмъ.

20 января. *Punctio lumbalis*. Жидкость, выпущенная подъ контролемъ манометра, вытекала подъ давленіемъ, желтоватаго цвѣта, но прозрачная. Выпущено около 5—6 к. ц. Въ жидкости плаваютъ бѣловатые хлопья. Подъ микроскопомъ — кристаллы въ формѣ неправильныхъ таблицъ. — Черезъ 2—3 часа послѣ пункции являлась и головная боль; появилось онемѣніе во всемъ тѣлѣ; конечностями больной не могъ двигать; голосъ сдѣлался слабымъ; исчезла способность членораздѣльной рѣчи; дыханіе затруднено.

21 января. Реакція зрачковъ вялая; р. р. *biceps* и *triceps* повышены; коленный справа — очень повышенъ, слева — получается нормальнымъ; Р. Бабинскаго и пальцевой получаютъ съ обѣихъ сторонъ; клонусъ въ видѣ нѣсколькихъ толчковъ чашекъ и стопъ. Нистагмъ. Разстройство мышечнаго чувства во всехъ конечностяхъ. Прикосновеніе пальцемъ вызываетъ болѣзненность. Парестезіи въ видѣ ползанія мурашекъ. Механическая возбудимость мышцъ повышена. Координація разстроена, особенно слева. Послѣ впрыскиваній *coffein'a* утромъ общее состояніе и самочувствіе больного нѣсколько улучшились, головная боль почти прекратилась, въ конечностяхъ появились движенія. Около 4-хъ часовъ вечера почувствовать себя хуже, опять развились описанныя выше явленія. Разстройство глотанія.  $t^0$  вечеромъ  $39,6^0$ . Пульсъ до 150 въ 1 мин.

22 февраля. Утромъ  $t^0$   $40,9^0$ . Пульсъ считать не удастся. Аускультация вслѣдствіе сильнаго хлокотанія безрезультатна. Сознаніе ясное. Затруднено вдыханіе. Иногда *laryngospasmus*. Въ сидячемъ положеніи дыханіе легче. Въ 1 ч. 15 м. дня больной умеръ. *Aymonia*.

Протоколъ вскрытія, произведеннаго прозекторомъ В. С. Двонцкимъ: *Hydrocephalus internus*. *Hyperaemia venosa cerebri et meningium*. *Pneumonia aspiratoria disseminata praecipue lobi inferioris pulmonis sinistri*. *Hyperaemia venosa pulmonum*. *Degeneratio parenchymatosa myocardii et hepatis*. *Cyrrhosis renum*. *Hypertrophia pulpaе lienis levis*. На твердой мозговой оболочкѣ спинного мозга разбѣяны мелкіе сѣроватые въ видѣ проса узелки. Мозговая оболочка инъецирована. Въ нижней поясничной части спинного мозга на лѣвой его боковой поверхности находится рядъ бѣловатыхъ плотныхъ величиною съ гречневое зерно образований. Спинной мозгъ очень мягокъ, спадается и мѣстами (въ шейной части) растянутъ. На разрѣзахъ его въ верхней половинѣ ясно видно расширеніе центрального канала и полость въ тѣлѣ заднихъ роговъ до отхожденія корешковъ. Въ нижней половинѣ эти явленія выражены слабѣе и въ рогѣ находится правильной круглой формы расширеніе. Всѣ желудочки мозга (боковые, 3-й и 4-й) очень растянуты, сосуды ихъ полнокровны.

Н. В. Центральная нервная система для микроскопическаго изслѣдованія была представлена д-ру Н. С. Иванову.

Больной, представляющій очень много физическихъ признаковъ дегенераціи, уже давно страдаетъ своимъ недугомъ. Мы опустили изложеніе постепеннаго развитія болѣзни, потому что оно не поддается краткому изложенію и для нашей цѣли не имѣетъ существеннаго значенія.

Status praesens его нервной системы представляетъ комплексъ разстройствъ, главнымъ образомъ, со стороны спинного мозга, пред-

ставляющей картину синингоміэліи (диссоціація разстройствъ чувствительности, разница въ рефлесахъ).

Особенно рѣзко выступали также субъективныя разстройства чувствительности разнообразнаго характера, которыя давно мучили больного и въ надеждѣ воздѣйствовать на которыя была предпринята и punctio lumbalis. Отмѣченныя въ исторіи болѣзни и даже довольно въ большемъ числѣ симптомы со стороны продолговатаго мозга, указывающіе на начинающуюся синингобульбію, были настолько незначительны по силѣ своего проявленія, что больной почти совершенно не жаловался на нихъ.

Дѣлается punctio lumbalis. Операция сама по себѣ проходитъ такъ же хорошо, какъ всегда. Часа черезъ 2—3 однако начинается рядъ тяжелыхъ явленій, приводящихъ въ концѣ концовъ больного къ смерти. Сначала рвота, головная боль, потеря голоса, измѣненіе рѣчи, затрудненіе дыханія — все симптомы со стороны продолговатаго мозга. На другой день отмѣчены существенныя перемѣны въ прежней картинѣ болѣзни.

Измѣнились рефлеса: до пункции *коленный рефлексъ* слѣва почти отсутствовалъ, а справа получался легко; послѣ же пункции слѣва — нормаленъ, справа — очень повышенъ; *р. Бабинскаго и пальцевого (Россолимо)* до пункции не было, послѣ же нея они появились съ обѣихъ сторонъ; послѣ пункции появился клонусъ, котораго также не было. Здѣсь, стало быть, мы вновь встрѣтились съ фактомъ повышенія и даже полученія отсутствовавшихъ рефлесовъ подъ вліяніемъ пониженія давленія въ цереброспинальномъ каналѣ, что мы уже наблюдали выше въ нашихъ I, II, III и особенно VI наблюденіяхъ. Выступило разстройство мышечнаго чувства и координаціи. Подъ вліяніемъ возбуждающихъ общее состояніе больного временно улучшилось (см. выше, наше III наблюд.). Къ вечеру вновь ухудшеніе. Разстройство глотанія. Schluckkrneumonie. T° до 40,9°. Пульсъ считать не удастся. Наконецъ, смерть при инспираторной одышкѣ и laryngospasme.

До микроскопическаго изслѣдованія нервной системы нельзя высказать окончательнаго взгляда на все это наблюденіе, но данныхъ и макроскопическаго изслѣдованія вполне достаточно для того, чтобы представить себѣ „механизмъ“ всего происшедшаго.

У больного имѣлось уже большое растяженіе всѣхъ желудочковъ мозга, въ томъ числѣ и 4-го. Синингобульбія существовала, но во внѣшности она проявлялась, хотя и многочисленными, но весьма слабыми симптомами.

Устойчивость жизненныхъ центровъ, если можно такъ выразиться, висѣла въ воздухѣ. И вотъ, уменьшеніе количества цереброспинальной жидкости на нѣсколько кубическихъ сантиметровъ, что въ другихъ случаяхъ той же синингобульбіи, не говоря уже о другихъ случаяхъ вообще проходитъ безнаказаннымъ, оказывается для даннаго

больного роковымъ: равновѣсіе функций нарушено, центры продолговатаго мозга отказываются служить одинъ за другимъ.

Такова печальная и тяжелая исторія гибели больного отъ *punctio lumbalis* при сирингобульбіи.

*Exitus letalis и другія неспріятныя послѣдствія въ связи съ поясничнымъ проколомъ.*

Въ наши наблюденія вошло два случая, гдѣ мы можемъ установить связь между наступившей смертью и произведенной *punctio lumbalis*, а именно: въ XV наблюдении (*siringobulbia*) эта связь оказалась непосредственной, и въ XII (*tabes, arteriosclerosis, aneurysma*) мы могли бы говорить о посредственной связи. Въ этомъ отношеніи мы оказываемся въ числѣ немногихъ несчастныхъ наблюдателей.

Какъ часто наблюдается смертельный исходъ въ зависимости отъ *punctio lumbalis*? *Розенталь*<sup>1)</sup> говоритъ, что въ литературѣ имѣется 18 случаевъ летального исхода.

Къ сожалѣнію, въ своей статьѣ авторъ не разработалъ этого матеріала. Онъ дѣлаетъ только указанія на наблюденія *Gumprecht, Maystre, Apelt*<sup>2)</sup>.

Во всякомъ случаѣ, 18 опубликованныхъ смертныхъ случаевъ на то огромное число пункций, которое производится, еще не можетъ быть признано великимъ. Съ другой стороны, оно, во всякомъ случаѣ, указываетъ, что *punctio lumbalis*, конечно, не вполне индифферентное внимательство для нѣкоторыхъ больныхъ. Что, повидимому, дѣйствительно здѣсь идетъ рѣчь только о нѣкоторыхъ больныхъ или, можетъ быть, о нѣкоторыхъ болѣзняхъ, это показываетъ анализъ имѣющихся данныхъ. Тотъ же д-ръ *Розенталь* говоритъ, что во многихъ изъ этихъ случаевъ найдены были опухоли мозга и что во всѣхъ нихъ выпускались большія количества жидкости — болѣе 20 к. ц. Последнее замѣчаніе не совсѣмъ вѣрно, хотя бы уже и потому, что самъ д-ръ *Розенталь* цитируетъ случай *Apelt*'а, гдѣ было выпущено 8, затѣмъ 5 и, наконецъ, 4 к. ц. жидкости. Повидимому, количество выпущенной жидкости имѣетъ исключительно относительное, индивидуальное значеніе. Мы видѣли также, что и количество пункций не имѣетъ большого значенія (кромѣ опять-таки относительнаго); наоборотъ, мы убѣдились, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ повторныя пункции благотѣльны. Въ этомъ отношеніи любопытно наблюденіе *Wertheimber*<sup>3)</sup>, который у ребенка, наследственнаго сифилитика, страдающаго пневмоніей, осложнившейся менингитическими явленіями, произвелъ 14 пункций и получилъ хорошій результатъ. Что, во всякомъ случаѣ, *exitus letalis*, въ связи съ пункцией, является очень рѣдкимъ явленіемъ,

<sup>1)</sup> I. с.

<sup>2)</sup> Нельзя не пожалѣть также, что д-ръ *Розенталь* не даетъ опредѣленныхъ указаній гдѣ опубликованы эти наблюденія.

<sup>3)</sup> Münch. Mediz. Woch. 1904. № 23. S. 1004.

показываетъ статистика *Chauffard et Boidin* <sup>1)</sup>, которые на 223 случая пункций видѣли только одинъ смертельный исходъ.

Теперь посмотримъ на нѣкоторые случаи *exitus letalis* въ связи съ пункцией <sup>2)</sup>.

Въ вышеупомянутомъ случаѣ *Apelt'a* <sup>3)</sup> было сдѣлано 3 прокола въ теченіе 9 дней. На вскрытіи оказалось свѣжее кровоизліяніе въ височной долѣ, граничившее съ саркомой, величиной съ небольшое яблоко.

*Müller* <sup>4)</sup> опубликовалъ 2 случая *exitus* послѣ пункции при опухоляхъ величиной съ лѣсной орѣхъ.

Въ 1-мъ случаѣ смерть наступила черезъ нѣсколько часовъ послѣ пункции, во 2-мъ — черезъ 1 часъ. На аутопсіи оба боковыхъ желудка оказались растянутыми серозно-кровянистой жидкостью. Кровоизліяніе авторомъ объясняется „аспирирующимъ дѣйствіемъ пустоты“ (см. ниже, наблюденія *Осипова*), пониженіемъ внутричерепного давленія и уменьшеніемъ количества цереброспинальной жидкости.

*Mathes* <sup>5)</sup> наблюдалъ *exitus* послѣ люмбальной анестезіи ради *extirpationis uteri*. Какъ показало вскрытіе, смерть наступила вслѣдствіе разрыва аневризмы *art. vertebralis dextrae* и послѣдующаго сдавленія кровью головного и продолговатаго мозга.

*Masing* <sup>6)</sup> описываетъ смерть послѣ пункции у больной 22 лѣтъ съ явленіями *tumoris cerebri*. На аутопсіи: глиосаркома правой височной доли, въ которой произошло свѣжее кровоизліяніе, + обширное свѣжее кровоизліяніе въ субъарахноидальное пространство головного и спинного мозга.

Въ случаѣ *Chauffard et Boidin* <sup>7)</sup> субъектъ страдалъ *tabes + pneumonia*.

Теперь я позволю себѣ изложить нѣсколько подробнѣе наблюденіе *Lapersonne et Cerise* <sup>8)</sup>, о которомъ они сдѣлали докладъ въ Парижскомъ неврологическомъ обществѣ въ истекшемъ году.

Больной 24 л., заболѣваетъ 3 мѣсяца тому назадъ головными болями, теряетъ работоспособность. Къ этому присоединяются рвоты, а затѣмъ разстройство зрѣнія. *St. praes.* Застойные соски, сильнѣе справа. Широкіе зрачки, слѣва почти отсутствуетъ реакція. *Vis.O.D.* = 0,5. *Vis.O.S.* = 0,7. Ослабленіе мышечной силы. Рефлексы и чувствительность безъ измѣненія. Наклонность падать вправо. Подозрѣніе на фронтальную атаксію.

*Punctio lumbalis.* Жидкость сначала аспирируется шприцемъ, такъ какъ течетъ по каплямъ, въ дальнѣйшемъ жидкость течетъ со скоростью 100—120 капель въ минуту. Выпущено 9 куб. ц. Цитологическое изслѣдованіе дало отрицательныя данныя. Послѣ пункции — головныя боли.

<sup>1)</sup> *Gaz. des hôpitaux.* 1904. № 73.

<sup>2)</sup> Къ сожалѣнію, намъ остались неизвѣстными случаи *Gumprecht'a*, *Maystre*, *Fürbringer'a*, *König'a* и нѣкоторые другіе.

<sup>3)</sup> Цитируется по *Розентаулю*. I. с.

<sup>4)</sup> *Mittheil. aus den Hamb. Staatskrankenanstalt* 1903. p. 25. Hamburg. Voss.

<sup>5)</sup> *Zentralblatt f. Gynaekologie* 1904. № 8. S. 254.

<sup>6)</sup> *St.-Petersburg. Med. Woch.* 1904. № 1. S. 1.

<sup>7)</sup> I. с.

<sup>8)</sup> *Rev. Neurologique* 1907. № 10, p. 517.

24 часа послѣ пункции: усиленіе головныхъ болей; больного приходится удерживать въ постели; легкое затемнѣніе сознанія; нѣкоторое замедленіе пульса; дыханіе и  $t^0$  нормальны.

32 часа послѣ пункции: пульсъ 50 въ 1 м.  $T^0$  36,8°.

48 часовъ послѣ пункции: пульсъ 40 въ 1 м.;  $t^0$  36,4°; неправильное дыханіе; судорогъ затылка нѣтъ; ноги нѣсколько контрактурированы; полное затемнѣніе сознанія; карфологія.

60 часовъ послѣ пункции: припадки асфиксии и, наконецъ, смерть.

Послѣ смерти сдѣлана punctio lumb. Получилась прозрачная жидкость, не содержащая лейкоцитовъ; черезъ 48 часовъ въ сдѣланномъ постѣвѣ выросли стафилококки.

*Аутопсія.* Внутр. орг. N. Вены piae расширены. Въ нижней части правой лобной извилины опухоль (саркома) величиной съ небольшое куриное яйцо. Много сосудовъ. Задняя часть опухоли размягчена. Во внутренней и задней части опухоли имѣетъ тенденцію отсепарироваться отъ вещества мозга. Опухоль соотвѣтствуетъ надглазничной долькѣ, извилины которой сглажены и уплощены.

Механизмъ смерти въ данномъ случаѣ для авторовъ остался невыясненнымъ.

Во время возникшихъ преній *Sicard* упомянулъ о 2-хъ случаяхъ *Oppenheim*'а, въ которыхъ наступила смерть послѣ пункции: въ 1-мъ случаѣ (tumor cerebri) было выпущено очень много жидкости, во 2-мъ же (tumor mesencephali) — больной былъ поднятъ вскорѣ послѣ пункции. Лично *Sicard* никогда не видалъ плохихъ результатовъ отъ пункции и приписываетъ это тому, что кололъ всегда своихъ больныхъ въ лежачемъ положеніи. Мы же должны сказать, что въ обоихъ нашихъ случаяхъ, гдѣ получились печальныя послѣдствія, punctio производилась въ лежачемъ положеніи.

Недавно было опубликовано новое наблюденіе внезапной смерти во время punctio. (*Sergent et Grenet*)<sup>1)</sup>.

Больной 24 лѣтъ представлялъ картину болѣзненныхъ разстройствъ, которая въ существенныхъ чертахъ сводилась къ слѣдующему: боль въ затылкѣ, напряженіе затылочныхъ мышцъ, икота, затемнѣніе сознанія симптомъ Кёрнига. Больному дважды была произведена punctio l., и оба раза получились указанія на кровоизліяніе въ оболочкахъ. Подъ вліяніемъ покоя и меркуріальнаго лѣченія наступило улучшеніе. Далѣе больному была сдѣлана 3-я пункция, при которой была получена почти совершенно прозрачная жидкость, но во время этой пункции съ больнымъ произошелъ обморокъ, а черезъ 2 часа — exitus letalis.

На аутопсии оказалась двойная аневризма art. cerebellaris inferior, вслѣдствіе разрыва которой произошло кровоизліяніе въ желудочекъ.

Авторы цитируютъ аналогичный случай Кёрнига, гдѣ дѣло шло объ аневризмѣ, находившейся въ желудочкѣ мозга<sup>2)</sup>.

<sup>1)</sup> Bullet. et Mém. de la Soc. Méd. des. Hôp. de Paris № 20 p. 886 — 893, 11 juin. 1908.

<sup>2)</sup> Въ возникшихъ послѣ сообщенія случая *Sergent* и *Grenet* преніяхъ цитированный нами выше *Sicard* резюмировалъ между прочимъ тѣ правила, которыми, по его мнѣнію надо руководиться при р. l. для избѣжанія непріятныхъ случайностей:—1) если пункцию можно отложить, то слѣдуетъ укладывать больного дня за два до операціи въ постель; 2) никогда не производить пункцию въ сидячемъ положеніи; 3) голову опускать ниже ногъ; 4) употреблять иглы въ діаметрѣ 0,8 — 0,9 миллиметра; 5) не выпускать болѣе 4—8 куб. ц. ц.-с. жидкости и не прибѣгать къ аспираціи жидкости шприцемъ; 6) послѣ пункции удерживать наклонное положеніе больного въ теченіе 12 — 18 часовъ, а въ теченіе не менѣе 3-хъ сутокъ держать больного въ строго горизонтальномъ положеніи.

Столь строгая методика во всей ея полнотѣ нами никогда не проводилась. Это, ко-

Резумируя все, что намъ извѣстно объ *exitus letalis* при поясничномъ проколѣ, мы видимъ, что *большинство ихъ приходится дѣйствительно на случаи опухолей мозга*; при этомъ обычно отмѣчается на аутопсiи *кровоизліяніе въ опухоль или же по сосѣдству ея*. Въ одномъ случаѣ люмбальной анестезіи произошелъ *разрывъ аневризмы art. vertebralis*. въ другомъ пункции безъ анестезіи — *разрывъ аневризмы. art. cerebellaris infer.* Въ двухъ случаяхъ смерть наступила у больныхъ страдающихъ *tabes* (сюда входитъ и наше наблюдение).

Наконецъ, наше XV наблюдение — единственное, гдѣ смерть наступила въ случаѣ сирингобульбіи. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ наступленіе смерти не поддается уясненію.

Для пониманія механизма появляющихся послѣ пункции неприятныхъ послѣдствій являются очень поучительными опыты теперешняго профессора казанскаго университета *Осипова* <sup>1)</sup>.

Авторъ экспериментировалъ на животныхъ и, между прочимъ, пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ (среди другихъ). Если выпускать много жидкости, то надо имѣть въ виду, что возможно возникновеніе маленькихъ кровоизліяній въ разныхъ мѣстахъ центральной нервной системы. Такъ какъ *punctio lumbalis* вовсе не всегда безвредное вмѣшательство, то показаніе къ ней имѣется только тогда, когда внутричерепное давленіе угрожаетъ жизни больного. Склерозъ и аневризмы черепныхъ артерій служатъ безусловнымъ противопоказаніемъ.

Противопоказаніемъ служатъ также острые и хроническія болѣзни центральной нервной системы, при которыхъ внутричерепное давленіе не повышено. Безусловно противопоказуется аспирація жидкости.

Какъ видимъ изъ только что изложеннаго, согласно взглядамъ проф. *Осипова*, высказаннымъ 7 лѣтъ назадъ, примѣненіе поясничнаго прокола должно быть очень ограничено. Мы же, на основаніи личныхъ наблюдений и несмотря на нашъ печальный опытъ, все-таки не можемъ смотрѣть на примѣненіе *punctio lumbalis* въ столь безотрадномъ смыслѣ. Конечно, склерозъ сосудовъ и опухоли мозга заставляютъ быть всегда осторожными и взвѣшивать соображенія *pro* и *contra*.

Нѣкоторые случаи могутъ представлять безусловныя противопоказанія.

Безъ сомнѣнія, въ тѣхъ случаяхъ, когда жидкость находится не подъ повышеннымъ давленіемъ или когда для полученія ея даже приходится аспирировать шприцемъ, не слѣдуетъ выпускать жидкости; однако я не могу думать, что самое введеніе иглы можетъ оказываться въ болѣе или менѣе многочисленныхъ случаяхъ вреднымъ; на-

---

нечно, не значить, что ея не слѣдуетъ исполнять. Я хочу только сказать, что едва ли даже всѣми этими предосторожностями можно устранить возможность внезапнаго разрыва гдѣ-нибудь въ мозгу имѣющейся, ничѣмъ не сказывающейся аневризмы, какъ это было въ вышеупомянутыхъ случаяхъ.

<sup>1)</sup> Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde. 1901. Bd. 19. s. 105.

конецъ, условія состоянія давленія внутри черепа еще далеко не представляются для насъ изученными, и потому чрезвычайно часто только путемъ пункции можно убѣдиться въ наличности повышеннаго или пониженнаго давленія. Поэтому ограничивать показанія къ пункции только условіями наличности угрожающаго жизни больного повышения внутречерепного давленія мы не считаемъ себя въ правѣ.

Съ нашей точки зрѣнія, примѣненіе люмбальной пункции имѣетъ еще сравнительно небольшое свое прошлое и гораздо болѣе широкое будущее, а потому намъ кажется невозможнымъ уже теперь проводить возможно узкія границы ея примѣненія. Другое дѣло, пользуясь опытомъ, избѣгать прежнихъ ошибокъ и не дѣлать уже а priori кажущихся рискованными опытовъ.

Теперь посмотримъ на другія непріятныя послѣдствія послѣ *punctio lumbalis*.

Въ литературѣ имѣется наблюденіе *Decroby* <sup>1)</sup>, гдѣ вслѣдствіе пункции развилось пораженіе *caudae equinae*.

Одному больному предполагалось сдѣлать кокаинизацію спинного мозга. Когда иглы были введены, развился комплексъ симптомовъ, заставившій предположить пораженіе конскаго хвоста: *Incontinentio et retentio urinae*. Пониженіе чувствительности въ области *penis*, *scroti*, окружности *ani* и области въ формѣ полосы отъ *anus'a* до ягодичной складки; эти расстройства чувствительности, главнымъ образомъ, выражены были слѣва. Болѣе всего больной сталъ страдать отъ почти полной половой нечувствительности. Колѣнные и ахилловы р. р. нормальны. *Cremaster* р. N. Подошвенные и лѣвый нижнебрюшной почти *abs.* Лѣвая нога менѣе подвижна, чѣмъ правая. При ходьбѣ же замѣтной разницы въ ногахъ отмѣтить нельзя.

Здѣсь, стало быть, мы, повидимому, имѣемъ дѣло съ чисто механическимъ поврежденіемъ иглой. Въ виду нѣкотораго сходства развившихся послѣ пункции симптомовъ является мысль, не имѣли ли мы въ нашемъ XII наблюденіи (*tabes* со смертельнымъ исходомъ) аналогичное поврежденіе *caudae equinae*.

Другихъ указаній на механическое поврежденіе иглой мы въ литературѣ не нашли.

Намъ остается теперь посмотрѣть на картину скоропреходящихъ расстройствъ послѣ пункции.

Изъ нашихъ наблюденій я могу здѣсь еще разъ сослаться на наблюденіе III и VII, гдѣ были отмѣчены рвота, сильная слабость, головныя боли и проч. На таковыя же и подобныя послѣдствія указываетъ въ своей работѣ и д-ръ *Розенталь* <sup>2)</sup>, ссылаясь также на наблюденія *Nisse*, *Milian*, *Kutner* и др. Въ числѣ прочихъ побочныхъ явленій *Розенталь* наблюдалъ иногда послѣ пункции повышение  $t^0$  до  $38^0$  при хорошемъ самочувствіи въ теченіе 2-хъ дней.

<sup>1)</sup> Journal de Neurologie. 1907. № 10.

<sup>2)</sup> I. с.



Во время прений по поводу вышеупомянутого доклада *Lapersonne et Cerise* въ парижскомъ неврологическомъ обществѣ *Babinski*<sup>1)</sup> остановился на вопросѣ, почему въ однихъ случаяхъ опухолей мозга отъ punctio lumbalis наблюдается польза, а въ другихъ — вредъ. По мнѣнію *Babinski*, сущность дѣла заключается въ степени сопротивляемости больныхъ съ опухолями мозга къ такъ-назыв. *vertige voltaïque* (см. ниже); въ однихъ случаяхъ эта сопротивляемость повышена, и тогда больные страдаютъ отъ головной боли больше въ сидячемъ положеніи, въ другихъ же, наоборотъ, степень сопротивляемости къ *vertige voltaïque* не повышена; въ этихъ случаяхъ головная боль оказывается сильнѣе въ вертикальномъ положеніи, чѣмъ въ горизонтальномъ. Въ первыхъ случаяхъ давленіе цереброспинальной жидкости оказывается повышеннымъ, и вотъ въ этихъ-то случаяхъ и полезна, можетъ быть, punctio lumbalis; наоборотъ, тамъ, гдѣ сопротивленіе къ *vertige voltaïque* не повышено, гдѣ, стало быть, нѣтъ повышенія внутричерепного давленія, и punctio не можетъ дать эффекта. Такимъ образомъ, если мнѣніе *Babinski* справедливо, мы можемъ имѣть въ опредѣленіи степени сопротивляемости къ *vertige voltaïque* критерій для болѣе вѣрнаго расчета при производствѣ пункции. Къ сожалѣнію, пока мы не имѣемъ еще какихъ-либо опредѣленныхъ данныхъ для такового сужденія.

*Отсутствіе практическихъ результатовъ пункции и неполученіе ц.-с. жидкости.*

Намъ уже приходилось указывать выше въ нашихъ собственныхъ наблюденіяхъ, гдѣ мы не могли замѣтить ни терапевтическихъ, ни діагностическихъ результатовъ отъ примѣненія пункции. Намъ приходилось производить пункцию и при нѣкоторыхъ другихъ заболѣваніяхъ нервной системы, при которыхъ мы не могли получить практически важныхъ результатовъ; сюда относятся, напр., клиническая форма проф. Кожевникова<sup>2)</sup>, haematomyelia centralis и друг. Весьма возможно, что въ этомъ отношеніи мы имѣемъ еще далеко недостаточное число наблюденій. Однако, имѣются нѣкоторые авторы, которые не склонны придавать практическаго значенія punctio lumbalis; такъ, напр., *Wentworth*<sup>3)</sup> отрицаетъ вообще ея терапевтическое значеніе, *Fleischmann*<sup>4)</sup> говоритъ, что даже при симптомахъ повышенія мозгового давленія воспалительнаго характера punctio l. не можетъ ничего дать; въ единичныхъ случаяхъ *Fleischmann* отмѣчалъ ухудшеніе въ состояніи своихъ больныхъ. Другіе авторы не видали практическихъ результатовъ отъ примѣненія пункции при нѣкоторыхъ клиническихъ

<sup>1)</sup> l. c.

<sup>2)</sup> См. нашу работу: „Клиническая форма проф. Кожевникова. Polyclonia epileptoides continua“. Москва. 1907 г. Стр. 46.

<sup>3)</sup> Lancet. Octob. 1898.

<sup>4)</sup> Deutsch. Zeitskr. f. Nerwenheilkunde 1907. Bd. X. Heft. 5—6.



формахъ, напр. при міэлитахъ, *sclerosis disseminata*, *meningitis tuberculosa* (Benischek)<sup>1)</sup>.

Интересенъ вопросъ: можно ли всегда получить цереброспинальную жидкость?

Мы не имѣемъ въ этомъ отношеніи литературныхъ указаній, а потому рѣшаемся привести одно наблюденіе, тѣмъ болѣе, что оно послужило объектомъ для двухъ клиникъ.

#### Наблюденіе XVI.

Больной Н. М., 15 лѣтъ, гимназистъ. У отца былъ плевритъ, онъ страдаетъ геморроемъ; мать нервная. 2-е отдаленныхъ родственниковъ—эпилептики. Бабка по отцу выпивала. Съ 12 лѣтъ — *masturbatio*; *coitus* съ 14 лѣтъ, въ прошломъ году былъ *abusus in Venere*. Въ январѣ 1907 г.—гноетеченіе изъ праваго уха. Въ мартѣ того же года—нарывъ и гноетеченіе въ лѣвомъ ухѣ. Одновременно отмѣчалась сильная боль въ затылкѣ. Къ лѣту больной вполне оправился. Въ августѣ появилась постепенно возрастающая слабость въ обоихъ ногахъ. Въ началѣ сентября ноги при ходьбѣ стали подкашиваться. Слабость ногъ прогрессировала. Сначала больной отмѣчалъ слабость движеній въ ступняхъ, затѣмъ въ голенихъ, а потомъ и въ тазобедренномъ суставѣ. Въ началѣ октября больной ходить уже не можетъ. Съ октября по январь лежалъ въ казанской клиникѣ нервныхъ болѣзней, гдѣ, между прочимъ, была сдѣлана нѣсколько разъ *punctio lumbalis*.

Выписки изъ дневника казанской клиники:

1) 27 октября. Сдѣлана Р. I. После 2-хъ проколовъ жидкость не была получена. После пункции сильныя дергающія боли въ обоихъ ногахъ.

28 октября. После пункции боли въ спинѣ, въ ногахъ же—тяжесть и полное отсутствіе подвижности. Голова не болитъ. Т<sup>о</sup> N. Сонъ хорошъ.

29 октября. Болей въ спинѣ и ногахъ нѣтъ. Общее состояніе хорошее.

2) 1 ноября. Сдѣлана вторая Р. I. Сдѣлано 5 проколовъ, жидкости же добыть не удалось. Больной нѣсколько ослабѣлъ. Были сильныя боли въ нижнихъ конечностяхъ, особенно въ правой ногѣ. Вечеромъ потъ. Спаль хорошо. Пункция была сдѣлана въ лежачемъ положеніи.

2 ноября. Боли въ ногахъ, особенно въ правой. Подыматься на постели не можетъ вслѣдствіе болей въ ногахъ. Моча идетъ хуже и хуже. Больной позыва не чувствуетъ. Головной боли нѣтъ. Т<sup>о</sup> N. Къ вечеру боли въ ногахъ меньше. Спаль хорошо.

II еще въ теченіе 4-хъ дней больной чувствовалъ боль въ ногахъ и не могъ садиться.

7 ноября. Сидиться можетъ хорошо. Никакой мѣсткой реакціи въ области пункции не отмѣчено.

*St. praesens* въ концѣ января 1908 г. въ нашей клиникѣ.

Внутренніе органы не представляютъ ничего особеннаго. На кожѣ правой нижней половины живота и поясницы по сегментарной линіи, проходящей черезъ пупокъ, ясно видна темно-коричневаго цвѣта разлитая пигментация. Родимыя пятна отмѣчаются у многихъ членовъ семьи). Ни стоять, ни ходить не можетъ. Временами судороги въ коленныхъ суставахъ, больше слѣва. Незначительныя движенія въ ступняхъ, почти полная *paraplegia inferior*. Правая нога слабѣе лѣвой. Коленные р. живые. Ахилловы *abs.* Клонуса нѣтъ. Р. Бабинскаго и пальцовой получаютъ рѣзко съ обоихъ сторонъ. Брюшные, *cremaster* и анальный р. *abs.* Подошвенные получаютъ. Нѣкоторая *retentio urinae*. Наклонность къ запорамъ. Никакихъ болей нигдѣ не ощущаетъ. Пониженіе болевой и тактильной чувствительности книзу отъ сегментарной линіи, проходящей черезъ пупокъ. На лѣвой ногѣ уколы воспринимаются лучше. Тактильная чувствительность слабѣе разстроена, чѣмъ болевая. Сильнѣе всего разстроена температурная чувствительность, разстройство ея совпадаетъ съ границами разстройства болевой. Къ периферіи разстрой-

<sup>1)</sup> Inaug.-Dissert. Erlangen. 1906.

ство температурной чувствительности слабѣе выражено. Иногда отмѣчается извращеніе температурной чувствительности. Мышечное чувство также нѣсколько разстроено въ нижнихъ конечностяхъ. На лѣвое ухо слышитъ хуже. Дермографизмъ. Верхняя половина тѣла больного разстройствъ не представляетъ.

11 февраля 1908 г. *Punctio lumbalis*: Было сдѣлано 2 прокола: 1-й между 4-мъ и 5-мъ поясничными позвонками, 2-й—между 3-мъ и 4-мъ. *Punctio* сдѣлана въ лежащемъ положеніи. При второмъ проколѣ было получено очень небольшое количество кровянистой жидкости. Проколы сопровождались болями въ области п. *ischiadici sinistri*; кромѣ того, въ лѣвой же ногѣ было замѣтно непроизвольное отведеніе ступни въ лѣвую сторону (повидимому, съ участіемъ п. *peronei*).

12 февраля. Жалуется на боли въ спинѣ въ области проколовъ. Никакихъ мѣстныхъ явленій нѣтъ.

7 марта. *Punctio lumbalis*: Было сдѣлано 2 прокола. Ни въ первомъ, ни во второмъ случаѣ жидкости получить не удалось. *Punctio* сдѣлана въ сидячемъ положеніи. Во время пункции и послѣ нея больной чувствовалъ такія же боли, какъ 11 февраля.

Послѣ обѣихъ пункций обыкновенно черезъ 1—2 дня никакихъ жалобъ со стороны больного не получалось. — Больной выписался изъ клиники со значительнымъ улучшеніемъ: онъ могъ ходить съ поддержкой.

Какъ видно изъ только что изложеннаго, дѣло идетъ о заболѣваніи спинного мозга или въ формѣ подостро начавшагося мѣлита, можетъ быть, по своей этиологіи имѣющаго связь съ существовавшимъ у больного ушнымъ заболѣваніемъ или же какого-либо иного процесса, натуру котораго намъ не удастся ближе выяснить; можетъ быть, здѣсь играютъ роль и врожденные измѣненія; по крайней мѣрѣ, на эту мысль наводитъ совпаденіе верхней границы разстройствъ чувствительности съ верхней границей площади врожденной пигментаціи. Какъ бы то ни было, по данному больному безуспѣшно производилось въ 4 пріема 11 разъ *punctio lumbalis*, при томъ разными лицами, а жидкости получить не удалось. (Полученное нами небольшое количество кровянистой жидкости есть, повидимому, случайная примѣсь крови). Между тѣмъ, несомнѣнно игла находилась въ полости позвоночника; это доказывается какъ самымъ ходомъ операціи, такъ и тѣми явленіями раздраженія, которыя наступали всякій разъ послѣ пункции у больного. Послѣ всѣхъ 4-хъ разъ у больного появлялись боли въ ногахъ, отсутствіе движеній, иногда разстройство мочеиспусканія, непроизвольное отведеніе лѣвой ступни; боли распространялись по корешкамъ. Несомнѣнно, мы имѣли здѣсь дѣло съ результатами травмы, наносимой иглой. Отъ чего зависитъ какъ полученное травматическое поврежденіе, такъ и неполученіе цереброспинальной жидкости,—остается невыясненнымъ. Имѣли ли мы здѣсь дѣло съ какой-либо аномаліей развитія, или съ мѣстными патологическими явленіями слипчиваго характера, разрастаніемъ опухоли, или, наконецъ, съ чѣмъ-либо другимъ, намъ не удалось разрѣшить. Во всякомъ случаѣ описанное наблюденіе представляетъ весьма значительный интересъ.

*О нѣкоторыхъ менѣе извѣстныхъ вліяніяхъ поясничнаго прокола на различныя болѣзненные явленія.*

Цѣль настоящей работы, между прочимъ, заключается въ томъ, чтобы, съ одной стороны, представить современное состояніе вопроса о значеніи *punctio lumbalis* въ клиникѣ, а, съ другой, побудить наблюдателей къ дальнѣйшимъ изслѣдованіямъ. Такъ какъ наши личныя наблюденія не могли исчерпать всей области возможныхъ примѣненій *punctio lumbalis* въ клиникѣ, то поэтому я позволяю себѣ въ сжатомъ видѣ набросать ту общую картину рисующихся перспективъ для примѣненія поясничнаго прокола, пользуясь литературными данными. Еще разъ повторяю, что вопросъ объ условіяхъ примѣненія *punctio lumbalis* еще далеко не окончательно разработанъ, пока же намѣчены только главнѣйшія условія ея примѣненія; это доказывается уже тѣмъ, что по очень многимъ вопросамъ мы имѣемъ только отдѣльныя наблюденія и отрывочныя свѣдѣнія. Однако, посмотримъ, что въ данномъ случаѣ даетъ намъ литература.

*Donath* <sup>1)</sup> въ 19 случаяхъ *генуинной эпилепсiи* 12 разъ видѣлъ уменьшеніе частоты припадковъ, улучшеніе сна и *sensorium'a*.

*Pichenot et Castin* <sup>2)</sup> видѣли уменьшеніе числа припадковъ въ одномъ случаѣ *эпилепсiи* послѣ 5 пункций.

*Allen* <sup>3)</sup> наблюдалъ 28-милѣтнюю эпилептичку, которая заболѣла три мѣсяца назадъ и которой была сдѣлана *punctio lumbalis* во время *status epilepticus*: въ теченіе 8 часовъ было 36 припадковъ; въ теченіе 12 часовъ послѣ пункции больная находилась въ сопорозномъ состояніи, а затѣмъ мало-по-малу совсѣмъ оправилась.

Съ другой стороны, *Tissot* <sup>4)</sup>, изучая дѣйствіе *punctionis* на эпилепсiю, пришелъ къ тому заключенію, что повторная пункция не оказываетъ никакого вліянія на эпилепсiю и ея припадки и что не имѣется причинной зависимости между эпилептическими припадками и состояніемъ давленія и количества цереброспинальной жидкости. Однако, надо замѣтить, что авторъ приводитъ только 6 случаевъ, прослѣженныхъ въ теченіе долгаго времени; а это обстоятельство не можетъ не колебать выводовъ автора, при той сложности и многогранности клинической картины, каковою обладаетъ эпилепсiя.

---

*Krönig* <sup>5)</sup> производилъ пункцию въ трехъ случаяхъ *эклампсiи*. Давленіе жидкости достигало 600, вмѣсто нормальныхъ 120. Выпущено было: 37,5, 47 и 25 к. ц. жидкости. Во всѣхъ случаяхъ получилось выздоровленіе. Улучшеніе наступало черезъ 7—8 часовъ послѣ пункции. Однако, авторъ не относитъ полученные результаты всецѣло на вліяніе пункции.

*Helme* <sup>6)</sup> предлагаетъ на ряду съ другими средствами противъ *эклампсiи punctio lumbalis*. Онъ приводитъ случай *эклампсiи*, гдѣ хлороформъ и другія средства остались безрезультатными, но гдѣ послѣ пункции судорожные припадки прекратились.

---

<sup>1)</sup> I. c. Wien. Mediz. Woch. 1903. № 49.

<sup>2)</sup> L'Encéphale. 1907. An. II, № 1, p. 71—75.

<sup>3)</sup> Britisch Medical Journal. n° 2467, p. 865. 11 avril 1908.

<sup>4)</sup> Progrès Medical. T. XXIII n° 19, p. 226, 9 mai 1908.

<sup>5)</sup> Zentralbl. f. Gynaekologie 1904. № 39. S. 1153.

<sup>6)</sup> Brit. Med. Journ. 1904. I p. 1131.

Henkel <sup>1)</sup> производилъ пункцию въ 16 случаяхъ *эклампси* и пришелъ къ тому заключенію, что количество цереброспинальной жидкости не вліяетъ на появленіе припадковъ.

Audebert et Fournier <sup>2)</sup> смотрятъ на пункцию, какъ на симптоматическое лѣченіе при *экламптическихъ* судорогахъ. Показаніе для пункции они видятъ всегда тогда, когда сфигмоманометръ показываетъ повышеніе противъ нормы давленія.

Вышецитированный авторъ Donath видѣлъ благоприятный результатъ отъ примѣненія пункции при *chorea Huntingtonii*, *hyperaemia venosa cerebri* и *torticollis spastica*.

Schlesinger <sup>3)</sup> хвалитъ дѣйствіе пункции на *судороги* при туберкулезныхъ менингитахъ у дѣтей.

Legrain et Guiard <sup>4)</sup> видѣли хорошій результатъ отъ пункции въ двухъ случаяхъ *Брайтовой болѣзни*: исчезала головная боль. Пункции дѣлались каждыя 2—4 недѣли. Это понятно, если мы вспомнимъ приведенное выше наблюденіе *Widal et Froin*, которые нашли въ *случаяхъ Брайтовой болѣзни увеличенное противъ нормы количество мочевины въ ц.-с. жидкости*.

Очень интересны въ отношеніи къ *уреміи* изслѣдованія *Carrière* <sup>5)</sup>. Онъ дѣлалъ пункцию въ 8-ми случаяхъ *уреміи* и въ 4-хъ изъ нихъ видѣлъ благоприятный результатъ: исчезали судороги, *Cheyne-Stokes'овское* дыханіе; сознаніе возвращалось. Выпускалось отъ 20 до 120 к. ц. жидкости. *Carrière* считаетъ ц.-с. жидкость при *уреміи* гипертоксичной. Пункцию полезна при *уреміи*: 1) для уменьшенія напряженія ц.-с. жидкости, 2) для удаленія отечнаго экссудата и 3) для удаленія гипертоксичной раздражающей клѣтки коры жидкости. Благопріятствующими для пункции обстоятельствами *Carrière* считаетъ молодой возрастъ, острый, не запущенный нефритъ и начальный періодъ *уремическихъ* явленій.

Rochard <sup>6)</sup> въ 2-хъ случаяхъ *перелома черепа* отъ примѣненія пункции видѣлъ исчезновеніе головныхъ болей. Въ 1-мъ случаѣ эффектъ получился послѣ двухъ пункций, а во 2-мъ — послѣ 8-ми; при этомъ пункции производились ежедневно по одной. Слѣдовательно, здѣсь вновь мы встрѣчаемся съ дѣйствіемъ *повторныхъ* пункций.

Guéguen <sup>7)</sup> подтверждаетъ выводы *Rochard*.

Iancso <sup>8)</sup> также видѣлъ хорошіе результаты отъ примѣненія пункции при *переломахъ черепа и поврежденіяхъ спинного мозга*.

Quénni <sup>9)</sup> въ 7-ми случаяхъ *переломовъ черепа* примѣнялъ *систематическія* пункции, въ нѣкоторыхъ случаяхъ ежедневно, съ хорошимъ результатомъ. Всѣ больные выздоравливали.

Potherat <sup>10)</sup> сдѣлалъ докладъ въ Парижскомъ хирургическомъ обществѣ о благопріятномъ результатѣ примѣненія пункции въ случаѣ *перелома черепа*, и къ нему присоединились *Terrier, Guinard* и друг.

Здѣсь же слѣдуетъ упомянуть и о хорошихъ результатахъ, видѣнныхъ *Benischek'омъ* <sup>11)</sup> при *менингитахъ послѣ огнестрѣльныхъ раненій*.

<sup>1)</sup> Zentralblat. f. Gynaekologie 1904. № 45. S. 1329.

<sup>2)</sup> Société d'obst., de Gynécol. et de Péd. 1907. Paris. 15 avril.

<sup>3)</sup> Berlin. Klin. Woch. 1906. № 25.

<sup>4)</sup> Le Progrès médical 1903. № 44.

<sup>5)</sup> Soc. de Biologie. Séance du 29 juillet 1905. и Arch. gén. de Méd. 1905, № 37, p. 2305.

<sup>6)</sup> Presse médicale 1902. № 35, p. 411.

<sup>7)</sup> Thèse de Paris. № 599. 1902.

<sup>8)</sup> Pester Med.-Chir. Presse. 1902. № 51—52.

<sup>9)</sup> Société de Chirurgie. Paris. 1905. 25 octobre.

<sup>10)</sup> Société de Chirurgie. Paris. 1905. 8 novembre.

<sup>11)</sup> I. c. Inaug.-Diss. Erlangen. 1906.

*Babinski et Chaillons* <sup>1)</sup> сообщают о 8-ми случаях *невритовъ зрительнаго нерва* внутричерепного происхожденія, въ которыхъ р. I. привела къ улучшенію или выздоровленію.

Въ высшей степени интересны наблюденія *Babinski*'аго <sup>2)</sup> надъ дѣйствіемъ *punctio lumbalis* на *слуховой аппаратъ и лабиринтъ*. Мы уже упоминали выше о высказанныхъ знаменитымъ изслѣдователемъ взглядахъ по вопросу о вліяніи р. I. въ связи съ *vertige voltaïque*. Что давленіе цереброспинальной жидкости вліяетъ на внутреннее ухо, *Babinski* заключаетъ изъ того, что при повышенномъ давленіи (до пункции) ему нужны были для полученія головокруженія (*vertige voltaïque*) токи силой въ 6 Ма., послѣ же пункции (т.-е. при пониженномъ давленіи)—только въ 1 Ма.

*Babinski* видѣлъ хорошіе результаты отъ примѣненія пункции *при расстройствахъ слуха, зависящихъ отъ лабиринтнаго пораженія*, и рекомендуетъ ее при головокруженіяхъ, шумахъ въ ушахъ, пораженіяхъ лабиринта.

Совсѣмъ недавно тотъ же *Babinski* <sup>3)</sup> опубликовалъ результаты своихъ наблюденій надъ примѣненіемъ *punctio l.* при *Меньеровой болѣзни* (около 60 случаевъ). Нѣкоторые больные выздоравливали послѣ 2—3 пункций, произведенныхъ съ интервалами дней въ 15; благоприятный результатъ наблюдался въ теченіе 5 лѣтъ и болѣе.

*Laporte* <sup>4)</sup>, исходя изъ тѣхъ же соображеній, какъ и *Babinski*, подтвердилъ его мнѣніе, что больные съ новообразованіями въ мозгу послѣ пункции оказываются гораздо менѣе способными сопротивляться „гальваническому головокруженію“, чѣмъ до пункции. *Laporte* примѣнялъ *punctio l.* въ двухъ случаяхъ *Меньеровой болѣзни* и получилъ хорошій результатъ.

---

Наконецъ, мы находимъ въ литературѣ нѣкоторыя данныя о вліяніи р. I. на *заболеванія кожи*.

*Abadie* <sup>5)</sup> примѣнилъ поясничный проколъ въ двухъ случаяхъ *сильной невралгій послѣ herpes zoster*. Пункции были сдѣланы черезъ 6 мѣсяцевъ отъ начала болѣзни, и получилось уменьшеніе и исчезновеніе болей. Въ 3-мъ случаѣ р. I. была сдѣлана въ началѣ высыпанія и появленія боли; и то и другое послѣ пункции исчезли. Во всѣхъ случаяхъ въ жидкости находили рѣзко выраженный лимфоцитозъ.

*Ravaut* <sup>6)</sup> видѣлъ очень благоприятное вліяніе пункции на нѣкоторыя кожныя болѣзни: *prurigo, эритема, psoriasis и друг.*

Вліяніе *punctio lumbalis* на упомянутыя кожныя заболѣванія можетъ до извѣстной степени дѣлаться для насъ понятнымъ, если мы вспомнимъ, что не только *herpes zoster*, но и другія кожныя заболѣванія находятся по своему развитію въ связи съ нервной системой. Связь *prurigo*, эритемъ, *psoriasis* и друг. съ невропатическимъ предрасположеніемъ, невропатической конституціей, наслѣдственностью неоднократно устанавливалось. Наконецъ, даже и то обстоятельство, что эти болѣзни ставятся въ зависимость отъ аутоинтоксикацій изъ кишечника, не противорѣчитъ, а скорѣе подчеркиваетъ могущее въ данномъ случаѣ сказаться вліяніе нервной системы, такъ какъ аутотоксины съ большой

---

<sup>1)</sup> Soc. fr. d'ophtalmologie. Paris. 1907. Mai.

<sup>2)</sup> Gaz. hebd. de Méd. 1902. p. 1076 и Sur le traitement des affections de l'oreille et en particulier du vertige auriculaire par la rachicentèse. 1904.

<sup>3)</sup> Journal de Medicine et de chirurgie protiques, 10 juin, 1908.

<sup>4)</sup> Wiener Mediz. Blätter. 1904. № 48. S. 587.

<sup>5)</sup> Gaz. hebd. des. Sciences méd. de Bordeaux. 1902. 28 dec.

<sup>6)</sup> La presse médicale. 1906. № 101, p. 817.

и особенной охотой отравляют послѣднюю. О воздѣйствіи же пункции на нервную систему излишне здѣсь говорить.

---

Изъ этихъ краткихъ свѣдѣній мы можемъ видѣть, сколь широкой и разнообразной намѣчается область будущихъ примѣненій punctio lumbalis въ болѣе обширныхъ размѣрахъ.

#### *Заключительныя замѣчанія.*

Теперь подведемъ итоги сдѣланному изученію вопроса.

Punctio lumbalis оказываетъ воздѣйствіе на организмъ, если откинуть могущія быть случайныя поврежденія иглой, исключительно путемъ выпусканія цереброспинальной жидкости, т.-е. она прежде всего воздѣйствуетъ на послѣднюю. Оставимъ пока вопросъ о формахъ этого воздѣйствія, а посмотримъ прежде всего на то, какова область распространенія этой жидкости, ея дизлокація, отношеніе къ органамъ, словомъ — ея вмѣстилище. Вмѣстилище это представляетъ собой лабиринтъ всевозможныхъ полостей, щелей, каналовъ и проч. Въ самомъ дѣлѣ, жидкость наполняетъ центральный каналъ спинного мозга, всѣ желудочки средняго и большого мозга; черезъ foramen Magendie и Монроевы отверстія жидкость, находящаяся въ полостяхъ мозга, соединяется съ жидкостью, омывающей поверхность всей центральной нервной системы; на поверхности мозга ц.-с. жидкость омываетъ въ свою очередь всѣ черепные и спинно-мозговые нервы; далѣе, та же жидкость имѣетъ непосредственное отношеніе ко всѣмъ многочисленнымъ отверстіямъ черепа и позвоночника, т.-е. приходитъ въ соприкосновеніе не только съ нервами, но и съ сосудами, съ оплетающими ихъ нервными сплетеніями, ergo съ симпатической нервной системой; наконецъ, не забудемъ, что все та же жидкость имѣетъ связь и съ лимфой, омывающей сложные органы внутренняго уха. Такимъ образомъ, уже въ силу чисто анатомическихъ отношеній, мы должны смотрѣть на цереброспинальную жидкость какъ на одну изъ весьма важныхъ жидкостей организма, имѣющую непосредственное отношеніе къ многочисленнымъ важнѣйшимъ органамъ. Количественныя и качественныя колебанія ея состава, переходящія извѣстные предѣлы, неминуемо должны или могутъ отражаться на всѣхъ этихъ послѣднихъ. Отсюда понятно то многообразное и многоразличное вліяніе ея, въ которомъ мы могли убѣдиться на основаніи всего вышензложеннаго. Уменьшая только ея количество, мы видѣли воздѣйствіе ея на вещество мозга при hydrocephalus'ѣ, сирингобульбіи, видѣли вліяніе на зрительные нервы, ушной аппаратъ, кожныя болѣзни и т. д. Теперь намъ дѣлается вполне понятнымъ воздѣйствіе пункции на многочисленные и разнообразныя заболѣванія; я скажу больше: въ настоящее время мы еще не знаемъ, какъ многообразно и широко въ

клиническомъ смыслѣ можетъ оказаться это вліяніе — кое что мы замѣтили, но многого и не знаемъ, и далеко еще не замѣтили.

На вопросъ, какъ же дѣйствуетъ пункція, мы не могли бы дать опредѣленнаго отвѣта, а можемъ только высказать тѣ или иныя соображенія.

Несомнѣнно, дѣйствуетъ фактъ *уменьшенія количества жидкости — пониженіе внутречерепного давленія*. Навѣрно имѣетъ извѣстное значеніе и вытекающее изъ произведеннаго уменьшенія количества жидкости — *уменьшеніе количества яда, токсиновъ или инфекціоннаго начала*. Но намъ думается, что этимъ дѣло не ограничивается и, по всему вѣроятію, на самомъ дѣлѣ мы имѣемъ дѣло также съ тѣмъ, что обозначаютъ подъ именемъ „*рефлекторнаго вліянія*“ и „*отвлекающаго воздѣйствія*“. Невольно напрашивается сопоставленіе съ дѣйствіемъ пиявокъ, банокъ, мушекъ и проч. Дальше этихъ общихъ соображеній пока мы не считали бы возможнымъ итти.

О показаніяхъ къ punctio lumhalis мы полагаемъ излишнимъ здѣсь распространяться, такъ какъ при нашемъ изложеніи всегда останавливались на тѣхъ случаяхъ, когда видѣли пользу отъ примѣненія пункціи какъ въ личныхъ наблюденіяхъ, такъ и по наблюденіямъ другихъ авторовъ. Установить же точныя показанія, назвать всѣ болѣзни, при которыхъ можно съ пользой примѣнять эту небольшую операцію, въ настоящее время, хотя бы по самому состоянію вопроса, я не считаю возможнымъ. Въ общихъ же чертахъ, конечно, дѣло сводится къ тому, что пункцію съ извѣстнымъ расчетомъ на успѣхъ можно примѣнять тамъ, гдѣ повышено внутречерепное давленіе, гдѣ имѣется излишнее количество цереброспинальной жидкости, гдѣ есть скопленіе ядовъ въ ней, гдѣ имѣется приливъ крови, гдѣ можно предполагать присутствіе раздражающихъ веществъ и т. д. Я бы хотѣлъ только обратить вниманіе на возможность примѣненія р. l. при инфекціяхъ и интоксикаціяхъ, гдѣ выражены явленія со стороны нервной системы и гдѣ помимо вліянія на эти послѣднія можно было бы аргіогі ожидать путемъ пункціи добиться облегченія работы центровъ сердечной и дыхательной дѣятельности. Къ сожалѣнію, пока мы объ этомъ не имѣемъ свѣдѣній.

Было бы интересно также посмотрѣть, какъ дѣйствуетъ пункція и при другихъ нервныхъ заболѣваніяхъ.

Каковы противопоказанія? Вспоминая весь печальный опытъ изслѣдователей, мы должны будемъ сказать, что опасно дѣлать пункцію при опухоляхъ мозга, рѣзко выраженномъ артеріосклерозѣ, сирингобульбіи и, повидимому, вообще при всякихъ бульбарныхъ расстройствахъ органическаго характера. Но мы не можемъ здѣсь же не упомянуть, что опасность эта не можетъ быть абсолютной. При опухоляхъ часто пункція приноситъ значительное облегченіе, при сирингобульбіи намъ приходилось дѣлать пункцію и безнаказанно; то же мы могли бы сказать и про артеріосклерозъ. Повидимому, здѣсь имѣются какія-то особыя, еще неизвѣстныя намъ ближе, условія, которыя могутъ создать

такое положеніе, что врачъ и при соблюденіи всѣхъ предосторожностей можетъ „нарваться“. Какъ бы то ни было, но мы, все-таки, должны возможно тщательнѣе обдумывать всѣ соображенія, прежде чѣмъ перейти къ самой операціи. Въ этомъ отношеніи, какъ я уже упоминалъ, можетъ быть, окажется полезнымъ изученіе vertige voltaïque даннаго больного, тщательное изученіе кровяного давленія (сфигмоманометръ). Противопоказаніемъ я считалъ бы также случаи, гдѣ можно предполагать сильное обезвоживанье, „высыханіе“ организма. Можетъ быть, въ дальнѣйшемъ здѣсь выработается способъ примѣненія пункции съ предварительнымъ вливаніемъ подъ кожу солевого раствора. Во всякомъ случаѣ я считаю важнымъ выпусканіе жидкости подъ контролемъ манометра и укладываніе больного послѣ пункции на 2—3 дня въ постель. Считаю излишнимъ говорить о необходимости тщательнаго соблюденія асептики. Что же касается до того, сколько выпускать жидкости и какъ часто можно дѣлать пункцию одному и тому же больному, то въ этомъ отношеніи нельзя дать какихъ-либо категорическихъ предписаній: здѣсь все зависитъ отъ каждаго даннаго случая, отъ сопутствующихъ условій, наконецъ, отъ тѣхъ или иныхъ соображеній. Мы видѣли примѣры, что выпусканіе большихъ количествъ жидкости и частыя повторныя пункции тамъ, гдѣ они оказываются нужными, приносятъ не вредъ, а пользу.

Punctio lumbalis, дѣйствительно, не всегда является индифферентнымъ средствомъ, но часто она можетъ оказаться могучимъ воздѣйствіемъ на организмъ въ дѣлѣ борьбы его съ болѣзнетворными агентами; наконецъ, она можетъ приносить и временное облегченіе. Если же средство можетъ быть могучимъ, то нѣтъ ничего удивительнаго, что оно можетъ оказываться и вреднымъ.

---



## Хроническое анкилозирующее воспаление позвоночника.

Глава о хроническихъ воспаленияхъ суставовъ представляетъ самое слабое мѣсто въ руководствахъ общей хирургіи, а существующая терминологія только путаетъ начинающихъ заниматься хирургіей, не выясняя нисколько сущности этихъ заболѣваній.

На VII съѣздѣ россійскихъ хирурговъ проф. *Вельяминовъ* выступилъ съ предложеніемъ новой классификаціи заболѣваній суставовъ. Быть можетъ, этой классификаціи болѣе посчастливится и она внесетъ болѣе свѣта въ темный вопросъ о хроническихъ артритяхъ. Однако, терминологія *Вельяминова* не вошла еще въ жизнь, и мы сплошь и рядомъ встрѣчаемъ случаи, которые одни хирурги называютъ *arthritis chronica*, другіе — *arthritis deformans*, а третьи стараются даже избѣгать окончанія *itis*, какъ указывающее на воспалительный характеръ процесса, и вводятъ еще одинъ терминъ, уже окончательно сбивающій всѣхъ съ толку, это — *arthrosis idiopathica*, или *ankylopoëtica*.

Въ такомъ же положеніи находится и вопросъ объ особомъ заболѣваніи позвоночника, которое, главнымъ образомъ, характеризуется нарушеніемъ нормальной подвижности позвоночнаго столба и измѣненіемъ внѣшнихъ очертаній его.

Страданіе это, повидимому, вовсе не принадлежитъ къ разряду очень рѣдкихъ, по крайней мѣрѣ *Julius Braun* въ своей монографіи 1875 г. описываетъ 58 случаевъ, имѣвшихъ видѣнныхъ въ теченіе одного года. Тѣмъ не менѣе, я думаю, не можетъ быть и сомнѣнія, что всѣ эти 58 случаевъ, помѣщенные *Braun*'омъ въ одну группу, подъ названіемъ „*Spondylitis deformans*“, на самомъ дѣлѣ представляютъ самыя разнообразныя самостоятельныя заболѣванія, имѣющія между собой общаго развѣ только то, что въ исходной стадіи развитія болѣзни они вызывали или частичную или полную неподвижность позвоночнаго столба.

За послѣдніе 15 лѣтъ, а именно съ тѣхъ поръ, какъ *Бехтерева* сначала во „Врачѣ“, за 1892 г., а затѣмъ въ *Neurologisches Centralblatt*, 1893 г., обнародовалъ свои наблюденія на своихъ 5-ти случаяхъ одеревенѣлости позвоночника, вопросъ о выдѣленіи особаго типа

анкилозирующаго воспаленія позвоночника, какъ совершенно самостоятельнаго заболѣванія, поднимался въ западной, а также и въ нашей печати довольно часто.

*Бехтеревъ* приписываетъ этой болѣзни слѣдующіе симптомы:

1) Ограниченіе подвижности или даже полная неподвижность всего позвоночнаго столба или части его. При этомъ обыкновенно отсутствуетъ болѣзненность позвоночника при сгибаніи или поколачиваніи по остистымъ отросткамъ.

2) Позвоночникъ утрачиваетъ свойственныя ему кривизны и принимаетъ форму дуги съ выпуклостью кзади, при чемъ голова оказывается наклоненной кпереди.

3) Паретическое состояніе мышцъ спины, шеи и конечностей, съ незначительной атрофіей спинныхъ и лопаточныхъ мышцъ.

4) Разстройства чувствительности, въ смыслѣ пониженія (анестезіи) въ области спинныхъ и шейныхъ нервовъ.

5) Явленія раздраженія тѣхъ же самыхъ нервовъ въ формѣ парестезіи и болей въ спинѣ, шеѣ, а также конечностяхъ. Иногда наблюдаются и раздраженія двигательныхъ нервовъ, въ видѣ тѣхъ или иныхъ судорогъ.

6) Центральныя сочлененія конечностей остаются совершенно незатѣтыми болѣзненнымъ процессомъ.

Развивается эта болѣзнь, по *Бехтереву*, очень медленно и распространяется большею частью сверху внизъ — съ шеи къ поясищѣ. Этиологическимъ моментомъ считаетъ онъ наслѣдственность и травму. Послѣ того, какъ *Бехтеревъ*, дополнивъ свои наблюденія и измѣнивъ нѣкоторые свои взгляды, еще разъ напечаталъ работу въ „Deutsch. Zeitschr. für Nervenheilkunde“ за 1897 г., *Adolf Strümpell* въ томъ же журналѣ и въ томъ же номерѣ заявилъ, что онъ уже давно, именно въ 1884 г., описалъ въ своемъ извѣстномъ руководствѣ особое заболѣваніе позвоночника, которое онъ назвалъ „хроническимъ анкилозирующимъ воспаленіемъ позвоночника“.

Въ противоположность бехтеревской одеревенѣлости позвоночника, у Штрюмпеля всѣ разстройства со стороны нервной системы отступаютъ совершенно на задній планъ, зато почти всегда поражаются центральныя суставы конечностей: тазобедренный и плечевой.

Вскорѣ послѣ *Штрюмпеля* напечаталъ въ „Revue de Médecine“, 1898 г., *Pierre Marie* работу, въ которой онъ подробно разбираетъ всѣ извѣстные въ печати подъ названіемъ „Spondylitis deformans“ случаи, и приходитъ къ заключенію, что необходимо выдѣлить особый типъ заболѣванія позвоночника, вполне схожій съ описаніемъ Штрюмпеля. Это заболѣваніе *Pierre Marie* назвалъ „Spondylose rhyzomélisque“.

Такимъ образомъ, установились двѣ формы хроническаго анкилозирующаго воспаленія позвоночника: „Spondylitis heredo-traumatica“ *Бехтерева* и „Spondylose rhyzomélisque“ *Strümpell-Marie*.

Существуетъ немало работъ въ видѣ отдѣльныхъ монографій,

диссертаций, статей въ разныхъ журналахъ, наприм., такія подробныя работы, какъ *Heiligenthal'a*, *Hoffa*, *Schlesinger*, *Baumler*, *Anschütz*, *Senator*, *Focku* и мн. др.; во всѣхъ работахъ подробно описываются клиническія и патолого-анатомическія картины обоихъ типовъ интересующаго насъ заболѣванія; все же вопросъ о томъ, составляютъ ли эти два типа два разныхъ заболѣванія, или же только разныя проявленія одного и того же патологическаго процесса, остается до сихъ поръ открытымъ. Причина тому кроется, главнымъ образомъ, въ томъ, что слишкомъ мало случаевъ прослѣжено до конца, т.-е. *usque ad mortem*, и поэтому очень мало наблюденій на секціонномъ столѣ. Во всей доступной мнѣ литературѣ я нашелъ только одинъ подробно описанный случай патолого-анатомическаго вскрытія съ микроскопическимъ изслѣдованіемъ отдѣльныхъ частей пораженныхъ суставовъ. Это—въ работѣ *Siven'a*, ассистента хирургической клиники въ Гельсингфорсѣ, напечатанной въ „*Zeitschrift f. Klinische Medizin*“ за 1903 г. Онъ приходитъ къ тому заключенію, что болѣзнь эта принадлежитъ къ разряду воспалительныхъ заболѣваній, которыя, въ концѣ концовъ, вызываютъ окостенѣніе мелкихъ суставовъ между *processus articulares* и между *processus transversi* и реберъ, а также между ребрами и тѣлами позвонковъ, тогда какъ въ хрящахъ между тѣлами позвонковъ нѣтъ никакихъ воспалительныхъ измѣненій, и наблюдаются только вторичныя измѣненія въ видѣ атрофіи хрящей. Это заболѣваніе, по *Siven'u*, ничего общаго съ *spondylitis deformans* не имѣетъ, и потому лучше всего дать ему названіе *Strumpell'a*—*chronisch ankylosirende Entzündung der Wirbelsäule*, или, по *Ziegler'u*,—*Arthritis chronica ankylopoëtica*.

Въ виду такой неопредѣленности и неоконченности въ рѣшеніи вопроса объ интересующей насъ болѣзни, мнѣ кажется нелишнимъ сообщить исторіи болѣзни трехъ больныхъ, наблюдавшихся нами въ истекшемъ году: одинъ изъ нихъ былъ въ хирургической клиникѣ, двое же другихъ—въ нервной; послѣднихъ я имѣлъ возможность наблюдать благодаря любезности завѣдующаго—прив.-доц. Г. И. Россолимо.

Первый случай касается молодого крестьянина 23 лѣтъ. Отецъ больного умеръ 46 лѣтъ, страдалъ отеками ногъ, лица и живота; мать жива—ей 47 лѣтъ, давно уже кашляетъ, жалуется на боль въ груди. Всѣхъ дѣтей было 11 человекъ, 8 изъ нихъ умерли въ раннемъ дѣтствѣ. Одинъ братъ 14 лѣтъ и сестра 5 лѣтъ живы. Братъ три послѣдніе года болѣетъ, повидимому, суставнымъ ревматизмомъ нижнихъ конечностей. Сестра здорова. Кромѣ брата, никто въ семьѣ не страдалъ ревматизмомъ или какими-нибудь другими болѣзнями костей и суставовъ.

Больной жилъ всегда въ деревнѣ въ бѣдной семьѣ. Очень рано пришлось начать работать, и до 20 лѣтъ работа была тяжелая, утомляла, была „не подъ силу“. Часто приходилось работать въ лѣсу въ сырую погоду. Послѣдніе три года работалъ мало, всегда дома и въ сидячемъ положеніи съ согнутой спиной: готовилъ спицы къ колесамъ. Не курить и не пьетъ. Въ дѣтствѣ, по словамъ матери, перенесъ корь, осложненій послѣ кори никакихъ не было. 10 лѣтъ тому назадъ больной почувствовалъ боль въ правой стопѣ, которая вскорѣ же начала и припухать. Черезъ нѣсколько времени боль перешла

въ колѣнный суставъ и въ тазобедренный все той же правой конечности. Была ли въ это время лихорадка или нѣтъ — больной не знаетъ. Въ началѣ болѣзни ему пришлось долго лежать; но чуть боли уменьшались — онъ вставалъ и работалъ. Временами боли обострялись, но не до такой степени, какъ первый разъ. Лues и гоноррея — не были.

Настоящее его страданіе началось въ концѣ 1904 года. Появились сильныя боли въ правой паховой области, а вскорѣ и сведеніе правой нижней конечности въ тазобедренномъ суставѣ. Въ земской больницѣ, подъ наркозомъ, выпрямили конечность и наложили неподвижную повязку. Однако, недѣли черезъ двѣ снова начало сводить ногу, и выпрямить ее уже не удалось. Черезъ 3—4 мѣсяца началось такое же сведеніе и лѣвой конечности. Тѣмъ не менѣе, больной продолжаетъ работать въ сидячемъ положеніи.

Одновременно съ болью въ тазобедренныхъ суставахъ больной жаловался и на боль въ поясницѣ и на скованность поясничной части позвоночника. Эта неподвижность позвоночника все подымалась выше и выше и, наконецъ, трудно уже стало вставать со стула, на которомъ онъ работалъ. Последній годъ боли въ спинѣ значительно уменьшились, и онъ ихъ ощущаетъ только лишь тогда, когда долго приходится оставаться въ одномъ и томъ же положеніи.

При осмотрѣ больного прежде всего бросается въ глаза совершенно неправильное



положеніе его спины: прямо стоять онъ не можетъ, ноги его въ тазобедренныхъ суставахъ согнуты настолько, насколько мы сгибаемъ ихъ обычно при сидѣніи. Спина его представляется въ видѣ дуги, обращенной выпуклостью кзади, обычного поясничнаго лордоза нѣтъ, и только въ шейной части еще замѣтно небольшое искривленіе кпереди. Остистые отростки рѣзко выступаютъ, измѣненія въ ихъ формѣ нѣтъ никакого. Въ такомъ положеніи больной стоять безъ помощи костылей не можетъ; лѣвый костыль держитъ подъ мышкой, а на правый упирается правой рукой. Всѣ движенія туловища, въ смыслѣ сгибанія или разгибанія, наклона на бокъ или поворота вокругъ продольной оси, — оказываются совершенно невозможными. Движенія головы свободны. Ходить онъ при такомъ же положеніи туловища, при чемъ нижнія конечности сгибаетъ и разгибаетъ только въ колѣнномъ и голеностопномъ суставахъ.

При осмотрѣ отдѣльныхъ костей и суставовъ мы видимъ слѣдующее: тыльная сторона правой стопы опухло-леводино утолщена на счетъ костей стопы, въ сравненіи съ лѣвой стопой разница въ 1,5 см. Кости голени и бедра нормальны. Колѣнный суставъ правой конечности нормальной формы, но вполнѣ не разгибается; другой же колѣнный суставъ, а такъ же и голеностопный — нормально подвижны. Тазобедренные суставы совершенно неподвижны — полный анкилозъ, — при чемъ обѣ конечности въ состояніи сгибанія и приведенія: — правая больше согнута по сравненію съ лѣвой, зато лѣвая болѣе приведена.

Благодаря такому приведенію обѣ конечности соприкасаются въ колѣнныхъ и голеностопныхъ суставахъ другъ съ другомъ. Суставы верхнихъ конечностей нормальны. Характерный видъ имѣетъ грудная клѣтка: она сильно уплощена и нормальная ея подвижность значительно сокращена, благодаря чему дыханіе у больного почти исключительно брюшного типа.

Общій видъ больного анѣмичный, жировая клѣтчатка развита слабо, питаніе плохое. Вѣсъ 3 п. 3 ф.

При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ ничего ненормальнаго не обнаружено. Функція пузыря и прямой кишки — нормальна. Въ мочѣ слѣды бѣлка, цилиндровъ нѣтъ, много мочекислыхъ солей. Удѣльный вѣсъ 1020. Разстройство нервной системы ни «вигающей,

ни чувствующей нѣтъ. Рефлексы нормальны, кромѣ пателлярныхъ, которые немного повышены.  $T^0$  не повышена: вечерняя колеблется между  $37,0^0$ — $37,2^0$ , а утренняя между  $36,5^0$  и  $36,7^0$ .

Однако, за мѣсяць пребыванія въ клиникѣ  $t^0$  въ теченіе пяти дней въ началѣ февраля была повышена, и это совпало съ обостреніемъ болей въ тазобедренныхъ суставахъ, главнымъ образомъ—правомъ.

### Другой случай.

Больной 41 года, поступилъ въ нервную клинику 28 января 1908 г. съ жалобой на ограниченность и частью неподвижность въ тазобедренномъ, въ плечевомъ, въ затылочно-шейномъ и межпозвоновыхъ сочлененіяхъ. Боли въ области лѣваго тазобедреннаго сочлененія.

Больной женатъ, имѣлъ 9 человекъ дѣтей, 5 изъ нихъ умерли въ раннемъ дѣтствѣ, у жены былъ одинъ выкидышъ. Живетъ на квартирѣ изъ 2-хъ комнатъ, вмѣстѣ съ 3-мя дѣтьми. Питается нерегулярно въ магазинѣ въ сухоматку. Въ теченіе 17 лѣтъ работалъ разсылнымъ въ магазинѣ; приходится очень много ходить, съ 9 час. утра до 6 час. вечера, часто приходится потному ходить по улицѣ — очень утомляется. Водки не пьетъ, курить очень мало, чаю пьетъ много (8—9 стак.), всегда крѣпкій. Кофе не переноситъ—сердцебиеніе.

Отецъ больного умеръ въ преклонныхъ годахъ — сильно пилъ. Мать жива, здорова, 54 года. Объ остальныхъ больной ничего не знаетъ. Одна изъ дочерей больного умерла по опредѣленію врачей, отъ скоротечной чахотки.

Самъ больной родился здоровымъ ребенкомъ въ деревнѣ, кормила мать. Условія жизни бѣдной крестьянской семьи. Въ дѣтствѣ страдалъ какой-то лихорадочной болѣзью. Была ли корь, скарлатина — не помнитъ. 5-ти лѣтъ переѣхалъ въ городъ (Москву); мать жила въ прислугахъ. 12-ти лѣтъ поступилъ въ услуженіе туда же, гдѣ жила и мать, прослужилъ до 17 лѣтъ, работа была не трудная. 20-ти лѣтъ поступилъ въ артель и служилъ въ разныхъ мѣстахъ въ качествѣ артельщика. Изъ заболѣваній въ прошломъ году перенесъ инфлуэнцу, плевритъ и воспаленіе легкихъ. 17 лѣтъ былъ *lues*, лѣчился пилюлями и каплями въ теченіе года съ перерывами, втиранія и впрыскиванія не производилъ. Больше лѣченія противосифилитическаго не повторялъ. 20 лѣтъ — *ulcus molle*.

Года 3 тому назадъ больной замѣтилъ, что безъ всякой причины и безъ болей наступило затрудненіе въ движеніяхъ шеи, и это сковываніе постепенно распространилось на позвоночникъ и на тазобедренные суставы. Потомъ появились боли въ области сѣдалищныхъ нервовъ. Ограниченія движеній въ плечевыхъ суставахъ больной до сего времени не замѣчалъ. Послѣ плеврита и инфлуэнцы въ прошломъ году у больного появились боли и напряженіе въ области *m. st.-cl. mst.* и заднихъ шейныхъ мышцъ. Больной лѣчился, и черезъ 2 мѣс. эти боли и стягиваніе исчезли. Высокой  $t^0$  при этомъ не было и больной лѣчился на ходу. За послѣднее время больной замѣчаетъ нѣкоторую ограниченность въ движеніяхъ и боли въ суставахъ нижней челюсти. Все время болѣзни лѣчился разными внутренними лѣкарствами и электризаціей — улучшенія никакого. Болѣзнь все прогрессировала. Больной отмѣчаетъ года 1½ тому назадъ опуханіе обоихъ колѣнъ еще до того, какъ процессъ перешелъ на позвоночникъ, а также и въ суставахъ пальцевъ ноги; припуханія эти прошли отъ лѣченія.



При осмотрѣ этого больного также прежде всего бросается въ глаза неправильное положеніе позвоночника. Спина больного представляется согнутой дугой, обращенной выпуклостью кзади. Нормальныя поясничныя и шейныя искривленія отсутствуют. Нормальныя движенія позвоночника невозможны, движенія головы возможны только насчетъ сочлененій атланта съ *epistropheus* и затылочной костью. Тазобедренные суставы въ полной экстензіи. Ходить больной наклонившись всѣмъ туловищемъ, ноги разставлены, колѣни согнуты. Шаги мелкіе: нѣкоторая связанность въ тазобедренномъ суставѣ. При осмотрѣ остальныхъ суставовъ оказывается, что во всѣхъ суставахъ нижнихъ конечностей подвижность ограничена, также и въ плечевомъ суставѣ. Разстройствъ нервной системы ни со стороны движеній, ни со стороны чувствительности нѣтъ. Тазовые органы нормальны. Рефлексы нормальны.

При изслѣдованіи внутреннихъ органовъ — притупленіе правой верхушки и влажные хрипы. Въ другихъ органахъ ничего ненормальнаго не обнаружено.

Т<sup>о</sup> все время пребыванія въ клиникѣ повышенная: вечеромъ до 38° и утромъ 37,5° и 37,6°, что объясняется верхушечнымъ процессомъ въ правомъ легкомъ.

Общій видъ больного истощенный, анэмичный, жировая клѣтчатка развита слабо. Вѣсъ 2 п. 30 ф.

### Третій случай:

Больной, 18 л., поступилъ въ нервную клинику 30 октября 1908 г. съ жалобой на боли въ ногахъ и поясницѣ, затрудненное движеніе ногъ и почти полную неподвижность спины.

Больной холостъ, живетъ съ родителями въ сухой квартирѣ, но послѣдняя для большой семьи мала; столъ малопитательный. Учится въ Моск. Промышл. Учил., занятія продолжаются ежедневно отъ 10 до 11 часовъ, считая и время на приготовленіе уроковъ. Больной сильно утомляется отъ занятій. Въ училище и обратно ходитъ пѣшкомъ, ходьбы около часа. Родился въ срокъ, роды были очень трудные, мать около мѣсяца послѣ родовъ пролежала въ постели. Развивался правильно, ходить и говорить началъ въ нормальные сроки. 4-хъ лѣтъ перенесъ оспу, 8-ми—воспаленіе околоушной железы и корь, послѣ кори и до настоящаго времени страдаетъ хроническимъ насморкомъ. Съ 11 лѣтъ и до 15 больной обѣдалъ только по праздникамъ. Послѣдніе два года часто бываетъ изжога и отрыжка, изрѣдка тошнота и боль въ желудкѣ послѣ ѣды; запоры чередуются съ поносами.

Около двухъ лѣтъ тому назадъ у больного послѣ сна на сырой землѣ заболѣла лѣвая нога; боль была сначала только въ костяхъ голени, потомъ распространилась на бедро, дошла до поясницы, а черезъ годъ появились боли и въ правой конечности.

Въ семьѣ туберкулеза нѣтъ, братья и сестра малокровны. Родители здоровы. Сифилисъ, гоноррея, алкоголизмъ у больного отрицаются. И у этого больного рѣзко бросается въ глаза неправильное положеніе спины. Позвоночникъ въ шейной и верхне-грудной части — прямой, а въ ниже-грудной и поясничной — рѣзко выгнуть впередъ (лордозъ). Лордозъ совершенно не измѣняетъ своей кривизны и при лежаніи. Нормальныя движенія позвоночника значительно сокращены: при желаніи поднять предметъ съ пола, больной нагибается исключительно на счетъ движеній въ суставахъ конечностей, совершенно не сгибая спины. Наклоненіе шеи впередъ почти невозможно. Сгибаніе туловища въ сторону — значительно ограничено. Движенія въ нижнихъ конечностяхъ нѣсколько ограничены; въ тазобедренныхъ и колѣнныхъ суставахъ движенія болѣзненны. Ходить тихо, небольшими шагами, мало сгибаетъ правую ногу, откидываетъ ее нѣсколько въ сторону.

Мимика, рѣчь, артикуляція, глотаніе — нормальны. Мышцы немного атрофированы, менѣе всего мышцы верхнихъ конечностей. Сухожильные рефлексы верхнихъ конечностей — нормальны, колѣнные — понижены, Ахиллова сухожилія — слѣва отсутствуетъ, справа — очень слабъ. Нервные стволы нижнихъ конечностей болѣзненны, особенно лѣвый *perv. peroneus*. Чувствительность кожи не измѣнена. Больной слабого тѣлосложенія, подкожно-жирный слой развитъ очень слабо, питаніе плохое, кожа и слизистая оболочка окрашены блѣдно.

Язык нѣсколько обложенъ, бываетъ отрыжка, иногда изжога, тяжесть послѣ пищи. Тошноты и рвоты нѣтъ. Боли въ животѣ, животъ вздутъ, поносы чередуются съ запорами. Сердце нормально, пульсъ около 80 въ минуту. Надключичная ямка справа болѣе западаетъ, чѣмъ слѣва. Въ прав. верхн. долѣ сухіе хрипы, жесткій выдохъ. Реакціи *Pirquet* и *Calmete* — положительны. Моча кислая, бѣлку и сахару нѣтъ, количество солей нормальное. Т° за время пребыванія въ клиникѣ была не выше 37,5, колебанія между утренней и вечерней температурой не превышали 0,5°.

Итакъ: 1. Во всѣхъ случаяхъ имѣется неправильное положеніе позвоночника и неподвижность его.

2. Въ первомъ и третьемъ случаяхъ болѣзненный процессъ начался съ поясницы, во второмъ — съ шейныхъ позвонковъ.

3. Въ 1-мъ и во 2-мъ нѣтъ разстройствъ со стороны нервной системы, въ 3-мъ — незначительныя.

4. Во всѣхъ случаяхъ поражены центральные суставы конечностей.

5. Во всѣхъ случаяхъ предшествовали инфекціонныя заболѣванія: въ первомъ ревматизмъ, во-второмъ — lues, въ третьемъ — tuberculosis. Такая клиническая картина даетъ намъ право отнести наши случаи къ разряду воспалительныхъ заболѣваній позвоночника, протекающихъ крайне медленно, или, если придерживаться двухъ выше описанныхъ типовъ анкилозирующаго воспаленія позвоночнаго столба, — къ типу *Strümpell-Marie*, такъ какъ *Бехтерева* считаетъ обязательной принадлежностью своего типа, — разстройства нервной системы, главнымъ образомъ, чувствительности, и отсутствіе болѣзненного процесса въ центральныхъ суставахъ конечностей. Другіе авторы, кромѣ *Бехтерева*, относятъ всѣ разстройства нервной системы при анкилозѣ позвонковъ къ явленіямъ вторичнымъ, вызваннымъ сдавленіемъ нервныхъ корешковъ при выходѣ изъ позвоночнаго канала. Такой взглядъ представляется, дѣйствительно, болѣе вѣроятнымъ. Мнѣ кажется, что вовсе не слѣдуетъ выдѣлять анкилозирующее заболѣваніе позвоночника съ пораженіемъ нервной системы и цѣлостью суставовъ какъ особую, нозологическую единицу. Такіе признаки, какъ начало заболѣванія съ шейныхъ позвонковъ, а не съ поясничныхъ, или отсутствіе патологическаго процесса въ большихъ центральныхъ суставахъ конечностей — трудно считать достаточными для выдѣленія особой формы болѣзни.

Если же считать подобные, какъ наши три, случаи анкилоза позвоночника за хроническіе прогрессирующіе воспалительные процессы въ мелкихъ суставахъ позвонковъ, то возникаетъ вопросъ, слѣдуетъ ли выдѣлять это заболѣваніе изъ общей группы не поддающихся никакой терапіи прогрессирующихъ хроническихъ воспаленій суставовъ. Еще въ 1875 г. *Julius Braun* считалъ всѣ эти случаи за *spondylitis deformans*, а въ послѣдніе годы (1902 „Практич. Врачъ“) и *Предтеченскій*, подробно разобравъ случаи *Бехтерева* и *Strümpell-Marie*, высказывается за то, что и они представляютъ собой ничто иное, какъ особую форму *polyarthritis deformans progressiva*. Быть можетъ это и такъ, но пока существующіе рентгенограммы, а также и немно-



гія описанія патологическихъ измѣненій послѣ вскрытія (см. выше — случай Siven'a) указываютъ на то, что главнаго симптома arthritis deformans — обезображиванія при spondylose rhizomelique — нѣтъ: ни на одной рентгенограммѣ мнѣ не пришлось видѣть стачиванія суставныхъ концовъ, экзостозовъ, т.-е. какъ разъ тѣхъ измѣненій, которыя считаются характерными для spondylitis deformans.

Въ происхожденіи страданій во всѣхъ нашихъ случаяхъ видную роль играетъ инфекция. Развитие ревматической формы спондилоза, какъ это было въ первомъ случаѣ, произошло послѣ цѣлаго ряда приступовъ сочленовнаго ревматизма, т.-е. на почвѣ несомнѣнной инфекции.

Во второмъ и третьемъ случаяхъ lues и tuberculosis во всякомъ случаѣ не даютъ права исключать инфекцію изъ этиологическихъ факторовъ.

Въ печати имѣется много случаевъ, гдѣ развивался анкилозъ позвоночника послѣ разныхъ инфекціонныхъ заболѣваній. *Hoffman* наблюдалъ случай развитія spondylose rhizomelique послѣ akne, *Cantani* — послѣ обширной флегмоны стопы, *Beer* — послѣ sklerodermia и *Винокуровъ* наблюдалъ одеревенѣлость позвоночника послѣ тифа.

Въ послѣднее время *von Amstet* объясняетъ происхожденіе анкилозирующаго воспаленія позвоночника исключительно смѣшанной инфекціей какого-то ближе не опредѣленнаго сапрофита съ однимъ изъ специфическихъ микроорганизмовъ, главнымъ образомъ — гонококкомъ и бугорковой палочкой.

Травмы въ нашихъ случаяхъ не было, также точно и наследственности, да и трудно предположить, чтобъ то и другое могло служить прямой причиной для развитія интересующаго насъ страданія: онѣ могутъ играть роль лишь предрасполагающихъ моментовъ для развитія инфекции.

Что касается предсказанія, то эти виды immobilitatis columnae vertebrarum исключаютъ всякую надежду на restitutio ad integrum.



## Къ вопросу о дивертикулахъ червеобразнаго отростка.

С. Т., 16 л., поступилъ 30 дек. 1907 г., съ явленіями непроходимости кишечника. Отецъ больного умеръ отъ удара; мать — истеричка, бабка по матери страдала эпилептическими припадками. Указаній на бугорчатку въ роду отца и матери не отмѣчается. Изъ прошлаго нашего больного удастся установить слѣдующее: на 4-мъ году онъ перенесъ скарлатину, на 15-мъ брюшной тифъ, осложнившійся воспаленіемъ брюшины. Зимой 1896 г. и текущей зимой — частые приступы болей въ животѣ, иногда сопровождавшіеся рвотой; послѣдняя была нынѣшней осенью, какъ явленіе очень частое. Самые же приступы повторялись ежемѣсячно. 26 дек. 1907 г. къ вечеру больной почувствовалъ разлитыя боли въ животѣ. Вскорѣ появились рвоты; по назначенію врача получалъ *mixturem oleosam, pulv. opii, pulv. morphii*, клизмы. Отправленія кишечника все время не было; боли постепенно усиливались и рвоты продолжались до поступленія въ клинику. Примѣнялись еще согрѣвающіе компрессы, безъ успѣха. Ледъ ослаблялъ боли.

При осмотрѣ оказалось: животъ вздутъ, при чемъ вздутіе это разграничивается въ верхнемъ и нижнемъ отдѣлахъ. Во время приступовъ болей въ нижнемъ отдѣлѣ наблюдается рѣзкая перистальтика. Поперечно идущая вздутость верхняго отдѣла живота остается въ это время безъ измѣненій. Кожа въ правой подвздошной обл. красна отъ компрессовъ и льда. Ощупываніемъ обнаруживается, что вздутіе верхней части живота — плотно. Ощупываніе нижняго отдѣла вызываетъ приступы сильныхъ болей и перистальтическія движенія кишекъ. Языкъ слегка обложенъ. Рвотныя массы представляютъ слизистую жидкость, не обнаруживающую ни соляной ни молочной кислотъ при изслѣдованіи. Самыя рвоты слѣдуютъ за приступами съ промежутками отъ 2-хъ до 3-хъ часовъ.

На другой день по поступленіи—31 дек. 1907 г.—подъ эфирнымъ наркозомъ произведено вскрытіе полости живота, при чемъ кишечникъ оказался не прикрытымъ сальникомъ. Кишки темно-синяго цвѣта, представляются сильно вздутыми, мѣстами соединенными свѣжими и старыми спайками, по раздѣленіи которыхъ найдено кольцевое суженіе тонкой кишки предъ переходомъ ея въ толстую. Большой сальникъ въ видѣ колбасовидной опухоли, состоящей изъ казеозныхъ массъ, можетъ быть соединенныхъ съ ободочной кишкой, кольцевидно огибалъ полость живота по направленію восходящей, поперечной и нисходящей частей толстой кишки. Была высвобождена часть толстой кишки—S-образная кишка,—съ которой установленъ анастомозъ тонкой кишки тотчасъ выше мѣста суженія. Часть казеозныхъ массъ удалена. При вправленіи кишекъ пришлось сдѣлать проколъ тонкой кишки труакаромъ, чтобы удалить газы и содержимое, напоминавшее своими свойствами рвотныя массы. Рана брюшной стѣнки соединена узловымъ шелковымъ швомъ, при чемъ въ верхній отдѣлъ ея и посрединѣ заложены выпускники. Асептич. повязка, ледъ. Въ задній проходъ введена трубка, черезъ которую стало опорожняться кишечное содержимое, напоминавшее своимъ видомъ рвотныя массы.

Первое время послѣ операціи больной чувствовалъ себя спокойно. Пульсъ удовл. Веч. темп.—36,7°, пульсъ 108, слабѣе. Ночью больной безпокоенъ. Съ утра 1 янв.

1908 г. пульсъ едва ощутимъ. Всѣ возбуждающія (кофеинъ, кофе, камфора, солевой растворъ подѣ кожу въ количествѣ 1000,0) не оказали дѣйствія. Темп. 37,1°. Жалобы на тошноту и боли въ животѣ. Въ 1 часъ 20 мин. попол. больной скончался при явленіяхъ коллапса.

*Вскрытіе.* мѣ обнаружено: туберкулезныя отложенія въ спайкахъ между печенью и діафрагмой, въ маломъ сальникѣ и между листками правой плевры. Сжатое, лишенное воздуха прав. легкое. Отечное лѣвое легкое. Туберкулезъ забрюшинныхъ лимфатическихъ железъ и брыжеечныхъ. Казеозно перерожденный большой сальникъ въ видѣ тяжа слѣдовалъ по направленію всей ободочной кишки, спускаясь въ полость малаго таза, гдѣ сращенъ былъ концами своими съ моч. пузыремъ. Кишечный шовъ держитъ хорошо; кругомъ—никакихъ слѣдовъ реактивнаго воспаленія. На вскрытомъ кишечникѣ (тонкомъ и толстомъ) никакихъ патологическихъ измѣненій слизистой невооруженнымъ глазомъ обнаружить не удалось. Точно также измѣненій обнаружить не удалось и въ слѣпой кишкѣ по вскрытіи ея.

Своеобразныя измѣненія найдены были въ червеобразномъ отросткѣ. Отростокъ, 11 сант. длины, нерѣзко, воронкообразно начинается отъ слѣпой кишки. Въ первой половинѣ своей (на протяженіи 6½ сант. отъ слѣпой кишки) отростокъ видимыхъ измѣненій не представляетъ; онъ не спаянъ, серозная и слизистая его (отростокъ былъ вскрытъ во всю длину) въ первой половинѣ отростка нормальны на видъ. На разстояніи же 6½ сант. отъ начала своего просвѣта отростка внезапно бухтообразно расширяется; это дивертикулоподобное расширеніе—овальной формы, расположено большимъ длинникомъ вдоль отростка. При вскрытіи дивертикула изъ него излилось жидкое кишечное содержимое. На мѣстѣ перехода къ дивертикулу слизистая рѣзко мѣняетъ свой внѣшній видъ: крипты исчезаютъ, слизистая становится гладкой и блестящей; такого характера слизистая одѣваетъ всѣ стѣнки дивертикула, которыя, сверхъ того, представляются значительно болѣе тонкими, чѣмъ стѣнки проксимальной половины отростка. Соотвѣтственно дистальному полюсу этого перваго дивертикула къ стѣнкѣ отростка, на сторонѣ прикрѣпленія къ нему mesenteriolі, тѣсно прилежитъ плотное бобовидное тѣло (лимфатическая железка). Отъ этого тѣла, постепенно нарастая, начинается плотный тяжъ (казеозныя массы). Дивертикуль занимаетъ всего сант. 1½ и не столь рѣзко (какъ онъ начался проксимально) онъ продолжается и оканчивается дистально. Отсюда и выше на 1 сант. слизистая нѣсколько измѣняетъ свой видъ, приближаясь къ типу нормальной. Затѣмъ на разстояніи 1 сант. отъ перваго дивертикула замѣчается второй, въ общемъ подобный первому. Соотвѣтственно дистальному концу этого 2-го расширения, отростокъ уже плотно впаянъ въ массу казеознаго характера, которая облегаетъ его со всѣхъ сторонъ. Кончикъ отростка изогнутъ въ сторону и въ видѣ плотной горошины выступаетъ свободно изъ казеозныхъ массъ.

При вскрытіи отростокъ найденъ проходимымъ до самаго конца. Въ участкѣ, впаянномъ въ казеозныя массы, просвѣтъ, правда, значительно суженъ. Расширенный кончикъ обладаетъ утолщенными стѣнками, содержитъ то же кишечное жидкое содержимое, что и оба дивертикула, но нѣсколько уплотненное.

Для обслѣдованія микроскопическаго я раздѣлилъ отростокъ на 6 участковъ. Изъ cadaго изъ этихъ участковъ былъ приготовленъ рядъ продольныхъ срѣзовъ. Часть срѣзовъ покрашена пикрокарминомъ Weigert'a, часть гематоксилиномъ и эозиномъ. Срѣзы, приготовленные изъ первыхъ двухъ участковъ отростка (изъ проксимальной половины его), ничего ненормальнаго подъ микроскопомъ не обнаружили. Срѣзы изъ 3-го участка, заключающаго въ себѣ мѣсто перехода нормальнаго просвѣта отростка къ 1-му дивертикулу и самый дивертикуль, обнаружили слѣдующее: всѣ слои стѣнки отростка сохранены на всемъ протяженіи этого участка, но всѣ они въ границахъ дивертикула значительно утончены. Утонченіе это сразу довольно рѣзко выражено на мѣстѣ перехода нормальнаго просвѣта къ дивертикулу. Наиболѣе рѣзкому утонченію и какъ бы атрофіи подверглась слизистая. Остальные слои стѣнки отростка на мѣстѣ расширения хотя и представляютъ абсолютно значительное уменьшеніе объема, но относительное распредѣленіе отдѣльных ихъ элементовъ не нарушено. Воспалительныя явленія, если не считать нѣкотораго относительнаго утолщенія подсерознаго слоя, отсутствуютъ. Въ подслизистомъ слоѣ—

количество фолликуловъ уменьшено; они бѣднѣ лимфондными элементами, чѣмъ фолликулы проксимальной половины отростка. Что же касается до железы, попавшей въ ту же группу сѣзцовъ, то она представляется сильно наполненной лимфондными элементами. Въ центрѣ, на половину протяженія радіусовъ железы, отдѣльные элементы неразличимы; они представляютъ одну сплошную массу распада. Железа одѣта плотной и толстой соединительно-тканной сумкой. Железа тѣсно прилежитъ къ стѣнкѣ отростка, соотвѣственно дистальному окончанію перваго дивертикула. Какой-либо болѣе интимной связи съ тѣмъ или инымъ слоемъ стѣнки дивертикула установить не удастся. Переходя къ слѣдующему по порядку участку стѣнки отростка (участку, лежащему между двумя дивертикулами), мы находимъ подъ микроскопомъ лишь полное подтвержденіе того, что удалось установить непосредственнымъ осмотромъ. При переходѣ отъ перваго дивертикула къ этому участку всѣ слои стѣнки постепенно утолщаются. Слизистая этого участка не имѣетъ уже того уплощенного атрофированнаго вида, какой имѣетъ слизистая, одѣвающая дивертикуль. Однако, все же, картины нормальной стѣнки отростка, которую мы видимъ на протяженіи проксимальной половины отростка, здѣсь мы не имѣемъ. Дальнѣйшій участокъ отростка — 2-й дивертикуль — носитъ тѣ же особенности строенія, что и первый. Такъ же, какъ и въ первомъ, мы находимъ въ немъ сохраненными, хотя утонченными и атрофированными, всѣ слои стѣнки отростка. Разницу представляютъ лишь границы дивертикула. Проксимальная граница второго дивертикула не столь рѣзка въ смыслѣ измѣненія строенія стѣнки отростка, какъ мѣсто перехода первой половины отростка къ первому дивертикулу. Что касается дистальной границы 2-го дивертикула, то тутъ гистологическая картина рѣзко нарушается обильной лимфондной инфильтраціей, пронизывающей всѣ слои стѣнки. Отдѣльные элементы этихъ слоевъ оказываются разрозненными и разбросанными среди инфильтрата и казеознаго распада. Вскорѣ, соотвѣственно окончанію отростка, стѣнка восстанавливается, но тутъ она носитъ рѣзкія воспалительныя измѣненія. Стѣнка рѣзко утолщена, главнымъ образомъ, за счетъ подслизистаго слоя, въ которомъ обнаруживается большое количество увеличенныхъ фолликуловъ съ размягченными распадающимися центрами.

Въ доступной мнѣ печати описанія случая, подобнаго приведенному, найти мнѣ не удалось. Дивертикулы, найденные на червеобразныхъ отросткахъ *v. Brunn*'омъ <sup>1)</sup>, *Seelig*'омъ <sup>2)</sup>, *Lejars*'омъ и *Ménétrier* <sup>3)</sup> и другими <sup>4)</sup>, разнятся отъ дивертикула въ нашемъ случаѣ прежде всего по гистологической картинѣ; дивертикулы, описанные перечисленными авторами, представляли изъ себя грыжеподобное выпячиваніе слизистой черезъ изъятіе мышечнаго слоя (случ. *Seelig*'а, *Lejars*'а и *Ménétrier*) или черезъ рубцово-измѣненный участокъ мышечной оболочки и носятъ названіе „ложныхъ“ (случ. *v. Brunn*'а). Въ нашемъ же случаѣ, какъ видно по микроскопической картинѣ, въ образованіи обоихъ дивертикуловъ принимали участіе всѣ слои стѣнки отростка. Важно отмѣтить еще и то обстоятельство, что вышеназванные авторы имѣли дѣло съ отростками, удаляемыми по случаю бывшихъ у больныхъ явленій воспаления. Въ связи съ этимъ

<sup>1)</sup> *Max von Brunn*. Ueber Divertikelbildung bei Appendicitis. Beiträge zur klinischen Chirurgie. Bd. 46, H. 1. S. 67.

<sup>2)</sup> *Seelig*. False diverticula of the vermiform appendix. Annals of surgery, 1906, t. XLIV, p. 78.

<sup>3)</sup> *Lejar et Ménétrier*. Diverticules de l'appendice et appendicite diverticulaire. Rev. de chir. 1904, № 10, p. 469.

<sup>4)</sup> См. *М. И. Ростовцевъ*. Ученіе о перитифлитѣ (Русская хирургія), стр. 84 и слѣдующія.

они приписываютъ происхожденіе дивертикуловъ частичному воспалительному разсасыванію стѣнки и давленію внутри отростка. Между тѣмъ въ нашемъ случаѣ приступовъ воспаления отростка не было. *Seelig* въ началѣ работы своей устанавливаетъ разницу между дивертикулами истинными (содержащими въ своей стѣнкѣ всѣ присущіе кишечной стѣнкѣ слои) и ложными (грыжеподобными выпячиваніями). Первые, говоритъ онъ, всегда врожденные, вторые — пріобрѣтенные. Но эта оцѣнка не подходитъ къ нашему случаю. Во-первыхъ, вообще, слишкомъ мало данныхъ мы имѣемъ въ фило- и онто-генетическомъ развитіи кишечника, чтобы ожидать появленіе врожденного дивертикула червеобразного отростка. Во-вторыхъ, примѣнительно къ нашему случаю, мы имѣемъ, мнѣ кажется, и болѣе прямые доказательства „пріобрѣтеннаго“ происхожденія дивертикуловъ. Я имѣю въ виду положеніе дивертикуловъ, какъ разъ впереди (если идти отъ слѣпой кишки) тѣхъ пунктовъ, въ которыхъ отростокъ фиксированъ къ задней брюшной стѣнкѣ. Въ происхожденіи дивертикуловъ, мнѣ думается, сыграло роль то же давленіе содержимаго внутри отростка, которое заставляетъ слизистую отростка грыжевидно выпячиваться при ограниченномъ воспалительномъ разсасываніи мышечнаго слоя въ случаѣ ложнаго дивертикула. Въ связи съ вопросомъ о давленіи внутри отростка интересно отмѣтить новѣйшія изслѣдованія *Roith'a* <sup>1)</sup> о значеніи отдѣльныхъ отрѣзковъ толстаго кишечника. *Roith* доказалъ, что въ проксимальномъ отрѣзкѣ толстыхъ кишекъ (въ слѣпой, восходящей ободочной и небольшой проксимальной части поперечной обод. к.) происходятъ правильныя антиперистальтическія движенія; тоже имѣетъ мѣсто и для S-образной кишки. Антиперистальтика, на ряду съ механическими моментами, является, по *Roith'у*, причиной, почему содержимое кишекъ въ восходящемъ бѣдрѣ толстой кишки и въ S-образной кишкѣ пребываетъ гораздо болѣе долгое время, чѣмъ въ нисходящей ободочной и въ дистальномъ отрѣзкѣ поперечной ободочной к. *Roith* въ своей работѣ ничего не упоминаетъ о роли червеобразного отростка въ этомъ процессѣ антиперистальтики или о тѣхъ послѣдствіяхъ, которыя могутъ возникнуть для отростка въ силу этого процесса. Но несомнѣнно, мнѣ кажется, что въ томъ случаѣ, когда отростокъ нерѣзко, воронкообразно отходитъ отъ слѣпой к., какъ было у нашего больного, онъ не сможетъ оставаться безучастнымъ въ антиперистальтическихъ движеніяхъ, происходящихъ въ слѣпой кишкѣ; эти послѣднія должны распространиться и на него. Если при этомъ тотъ или иной участокъ отростка фиксированъ, то давленіе внутри отростка будетъ дѣйствовать съ большей силой тотчасъ выше мѣста препятствія. Отсюда — возникновеніе пульсационнаго

---

<sup>1)</sup> *Roith*. Die physiologische Bedeutung der einzelnen Dickdarmabschnitte, zugleich ein Beitrag von der Antiperistaltik. Mitteilungen aus den Grenzgebiete der Med. und Chir Bd. XIX. H. I.

дивертикула, что, какъ мнѣ кажется, мы и имѣемъ въ нашемъ случаѣ.

Въ общемъ, конечно, въ возникновеніи дивертикуловъ отростка въ разныхъ случаяхъ играютъ роль разные моменты въ различныхъ сочетаніяхъ. Но какъ въ этомъ вопросѣ, такъ и вообще во всей патологій червеобразнаго отростка справедливо было бы удѣлить вниманіе отношенію отростка къ перистальтическимъ движеніямъ кишечника.



### Къ казуистикѣ раненій мочевого пузыря при грыжесѣченіи.

Такъ называемыя грыжи мочевого пузыря — сравнительно нерѣдкое явленіе. Если въ прежніе годы могли насчитывать ихъ единицами, то въ настоящее время печать обладаетъ казуистическимъ матеріаломъ, во много разъ превосходящимъ то, что было извѣстно раньше. Ауэ, *Hermes, Brunner* собрали до 1896 г. 182 случая пузырьной грыжи, при чемъ Ауэ <sup>1)</sup>, отнесся съ большимъ вниманіемъ къ своей задачѣ, насчиталъ съ 1520 г. до 1868 г. всего 47 случаевъ. Между тѣмъ *Eggenberger* <sup>2)</sup> за послѣднее время, главнымъ образомъ съ 1896 г., приводитъ свѣдѣнія уже о 110 случаяхъ. Но его статистика далеко не полная, — такъ, напр., онъ отмѣчаетъ только тѣ русскіе случаи, которые были реферированы на нѣмец. языкѣ. Вообще казуистика грыжъ мочевого пузыря каждый годъ пополняется все новыми и новыми данными. И все-таки, надо думать, много еще остается несообщеннымъ. Рѣдкому хирургу не приходится хоть однажды въ своей дѣятельности встрѣтиться при грыжесѣченіи съ неприятнымъ осложненіемъ — выпаденіемъ мочевого пузыря, и подчасъ раненіемъ его. Послѣдняго обстоятельства не могли избѣгнуть и такіе хирурги, какъ *Roux, Lucas-Championnière, Bassini* и др. Между тѣмъ, насколько такое раненіе, да и вообще пузырьныя грыжи серьезны, показываетъ статистика того же *Eggenberger'a*. Изъ 110 случаевъ въ 92-хъ грыжа пузыря не была распознана до операціи; 47 разъ нечаянно пораненъ пузырь, при чемъ 7 случаевъ окончились смертью. По *Eggenberger'u* раненіе пузыря даетъ 6—16% смертности. Въ статьѣ *Самохоцкаго* <sup>3)</sup> находимъ такія данныя. По *Curtis'u*, смертность равна 25%, по *Brunner'u* — изъ 81 случая раненія пузыря смерть послѣдовала въ 21-мъ, по *Lotheissen'u*, на 27 раненій было 17 смертныхъ случаевъ и т. д. Интересъ къ грыжамъ пузыря еще болѣе повышается благодаря тѣмъ отдѣльнымъ случаямъ, гдѣ раненіе пузыря произошло помимо воли хирурга, несмотря на правильно поставленный діагнозъ пузырьной грыжи еще до

---

<sup>1)</sup> Ауэ. Къ вопросу о грыжахъ мочевого пузыря. Хир. Вѣст. 1890 г.

<sup>2)</sup> *Eggenberger*. Harnblasenbrüche. Deuts. Zeitsch. f. Chir. Okt. 908.

<sup>3)</sup> *Самохоцкій*. Грыжи мочевого пузыря. Хир. 1903. Сентябрь.

операции. *Eggenberger* описываетъ три такихъ случая, между прочимъ, окончившійся смертью случай *Bassini*, гдѣ была грыжа распознана какъ на основаніи явленій со стороны мочеиспусканія, такъ и изслѣдованіемъ при посредствѣ зонда. *Залого* упоминаетъ о случаѣ *Justo*, гдѣ клиническія данныя указывали на пузырную грыжу, но отличить во время операции пузырь отъ жировика такъ было трудно, что *Justo* не только надрѣзалъ пузырь, но и отсѣкъ отъ него кусокъ стѣнки. Такимъ образомъ, въ силу большой практической важности и теоретическаго интереса вопроса о пузырныхъ грыжахъ, далеко еще не разработаннаго,—опубликованіе отдѣльныхъ случаевъ раненія пузыря при грыжесѣченіи имѣетъ, по нашему мнѣнію, свое значеніе.

Въ прошломъ учебномъ году, въ хирургической клиникѣ И. Екатерининской больницы имѣлъ мѣсто одинъ такой случай. Кромѣ этого наблюденія, мы позволимъ себѣ привести нашъ случай раненія пузыря изъ смоленской губерн. земск. больницы, гдѣ прошлымъ лѣтомъ намъ пришлось работать. Тамъ же мы нашли еще два ранѣе бывшихъ.

I. Иеромонахъ В., 41 г., поступилъ въ хир. клинику Екатерин. больницы 16 октября 1907 г. по поводу паховой грыжи: существуетъ 7 лѣтъ, спускается въ мошонку, но не доходить до яичка. Уже послѣ операции на повторные настойчивые разспросы больной заявилъ, что иногда при выпаденіи грыжи полностью у него затрудняется мочеиспусканіе. Во всемъ остальномъ здоровый человѣкъ. 29 октября операция (проф. А. В. Мартыновъ).—По выдѣленіи жирнаго грыжевого мѣшка и его вскрытіи замѣчено свисаніе въ него значительной жировой ткани. Заподозрѣна грыжа мочевого пузыря. Введенъ шупъ въ пузырь. Кончикъ его изъ раны черезъ жировую ткань не прошупанъ. Рѣшено осторожно раздѣлять жировую ткань въ надеждѣ встрѣтить мышечную ткань въ случаѣ пузырной грыжи. Однако мышечная ткань не найдена, и вскрыта полость, выстланная блестящей блѣдной оболочкой, весьма похожей на брюшину. Палецъ, введенный въ полость, направляется вглубь и нѣсколько кнутри, не встрѣчая кишечныхъ петель. Черезъ катетеръ въ пузырь влито 100 gr. жидкости. Въ ранѣ она не показалась. Зашиваніе полости, обнаруженной въ жировой ткани; зашиваніе грыжи по *Bassini*.—Послѣ операции больной сталъ мочиться почти чистой кровью. Черезъ 5 часовъ послѣ операции вскрытъ пузырь верхнимъ сѣченіемъ; въ пузырьъ масса сгустковъ и алая кровь. По удаленіи крови обнаружено сначала ощупываніемъ, а затѣмъ и зрѣніемъ въ правой боковой стѣнкѣ отверстіе съ серебряный пятачокъ. Раскрытіе операционной раны. Удаленіе сгустковъ изъ предбрюшинной клѣтчатки. Для удобства зашиванія и остановки кровотеченія разсѣчена правая прямая мышца. Зашиваніе наглухо пузыря, сшиваніе прямой мышцы; частичное зашиваніе срединной раны. Наложеніе швовъ на грыжевую рану по *Боброву*. Марлевые выпускники до пузыря черезъ срединную рану и незашитую часть грыжевой раны. 22-го декабря больной выпиcался съ небольшимъ свищомъ надъ лобкомъ (лигатуры).

II. Ксенія Г., 46 л., крестьянка Рослав. уѣз., Смол. губ., поступила въ смол. губерн. больницу 4 іюня 1908 г. Бедренная правосторонняя грыжа, существуетъ 12 лѣтъ, ни разу не ущемлялась; величиной съ гусиное яйцо, отверстіе пропускаетъ два пальца.

9 іюля. Операция (А. Смиттенъ) подъ хлор. Мѣшокъ тѣсно спаянъ съ железяками и весь укутанъ жировой тканью, отдѣляется съ большимъ трудомъ; при перевязкѣ лигатура пришлась на уровнѣ грыжевыхъ воротъ. Пупартова связка притянута къ надкостницѣ двумя швами, третій болѣе поверхностно. Швы шелковые. На кожу непрерывный шелковый шовъ. Во избѣжаніе гематомы, оставлена небольшая турунда.

Вскорѣ послѣ операции показалась кровью окрашенная моча. Такъ какъ кровь продолжала итти, вечеромъ вторичная подъ хлороформомъ операция (А. Смиттенъ). Сняты всѣ швы, рана расширена вертикальнымъ разрѣзомъ вверхъ, при чемъ разрѣзана пополамъ Пупартова связка, косая, внутренняя и поперечная мышца живота. При осмотрѣ

брюшины оказалось, что наложенная лигатура мѣшка частью соскочила и черезъ образовавшееся отверстіе въ брюшную полость излилась кровь. Послѣдняя сухими тампонами по возможности была извлечена. Отверстіе зашито кисетнымъ выводнымъ швомъ. При дальнѣйшемъ осмотрѣ культи грыжеваго мѣшка найдено отверстіе въ мочевомъ пузырьѣ величиной съ трехкопеечную мѣдную монету. Послѣднее затянуто кисетнымъ швомъ. Пупартова связка, мышцы стянуты узловатыми швами. Шовъ на кожу. Турунда къ пузырю. Повязка. Въ дальнѣйшемъ только первая порція мочи была окрашена кровью. Рана заживала вторичнымъ натяженіемъ, и черезъ пять недѣль оперированная выписывается здоровой.

III. Больной Козьма Н., 50 л., крестьянинъ Порѣчскаго уѣзда, Смоленской губ. Лѣвосторонняя паховая грыжа, существуетъ 20 л., величиной съ куриное яйцо, въ мошонку не выходитъ. Бандажа не носилъ.

19 марта 1908 г. подѣ хлороформомъ операція. Радикальное грыже-сѣченіе по *Жиару*. Впереди большой комокъ жира, по разсѣченіи котораго съ трудомъ найденъ грыжевой мѣшокъ и перевязанъ. На клочья жировой ткани наложены лигатуры.

Послѣоперационное теченіе: 21-го моча съ кровью, промываніе пузыря; 23-го въ мочѣ очень много крови; при цистоскопическомъ изслѣдованіи найдено мѣсто съ звѣздообразно втянутымъ рубцомъ и тѣло, напоминающее по формѣ полипъ на ножкѣ; 24-го самъ больной не можетъ мочиться, слѣва отъ пузыря замѣченъ инфильтратъ. Подѣ хлороформомъ распущены швы. Съ лѣвой стороны пузыря найдена полость, выполненная кровяными сгустками и кровью, смѣшанной съ мочей. При наполненіи пузыря жидкость проникаетъ въ эту полость. Вставленъ катетеръ à дѣтеще, а въ полость введены турунды; 25-го крови въ мочѣ меньше, катетеръ дѣйствуетъ плохо. Повязка промокла мочей, смѣшанной съ кровью. Постепенно общее состояніе больного ухудшается. Языкъ сухой, обложенный, поносъ, не поддающийся терапіи. 11 апрѣля больной умеръ.

IV. Никита З—овъ, 55 л., крестьянинъ Порѣчскаго уѣзда, поступилъ въ больницу 15 іюля 1906 г. *Hernia ing. dex.* существуетъ много лѣтъ, ущемлялась; величиной съ куриное яйцо.

17 іюля операція (*С. И. Спасокукоцкій*) подѣ хлороформомъ. Прямая грыжа, крѣпкія сращения около мѣшка, мѣшокъ небольшой, закрытъ кисетнымъ швомъ. Большой дивертикулъ мочевого пузыря (сант. 5 — 6 длиной) лежалъ экстраперитонеально ниже пузыря. Нераспознанный во-время, нечаянно вскрытъ, затѣмъ резецированъ. Отверстіе закрыто 3-хъэтажнымъ кѣтгутовымъ швомъ. Грыжа зашита по *Жиару*; 27-го оперированный выписывается здоровымъ.

Выраженіе, что мочевого пузыря въ грыжевой ранѣ „почти всегда является сюрпризомъ, хирургической находкой“, до сихъ поръ не потеряло своей силы. Многія стороны такъ называемой грыжи мочевого пузыря — этиологія, симптоматологія и пр. — требуютъ болѣе детальнаго изученія. Нѣкоторые авторы даже отрицаютъ самостоятельное существованіе подобныхъ грыжъ и считаютъ ихъ явленіемъ искусственнымъ — результатомъ оперативнаго вмѣшательства („operative Blasenhernie“). Другіе, имѣя въ виду прежде всего случаи выпаденія мочевого пузыря, гдѣ подобныя выпаденія можно было опредѣлить еще до операціи, перечисляютъ цѣлый рядъ этиологическихъ моментовъ, могущихъ вызвать образованіе пузырной грыжи, при чемъ отдаютъ предпочтеніе то тѣмъ, то другимъ. На первомъ планѣ обыкновенно ставятъ развитіе предпузырной жировой клѣтчатки (*liposcele praevesicalis*), которая, проникая въ грыжевое кольцо, тянетъ за собой грыжевой пузырь, затѣмъ, сращеніе брюшины съ пузыремъ, обусловленное какимъ-нибудь раньше бывшимъ воспалительнымъ процессомъ,



растяженіе пузыря, его параличъ, атонію и пр. Но имѣются случаи, гдѣ объяснить обнаруженную во время операціи или послѣ нея пузырную грыжу подобными факторами не удастся, — ихъ въ наличности не оказывается. Вообще же говоря, *liposcele*, атонія и пр. — явленія нерѣдкія. И если въ нихъ кроются причины грыжъ мочевого пузыря, то нужно было бы ожидать при грыжесѣченіи болѣе частаго раненія пузыря, въ особенности, если вспомнить своего рода коварство подобныхъ грыжъ — невозможность иногда избѣжать раненія пузыря, и даже тогда, когда еще до операціи можно было подозрѣвать его выпаденіе. Поэтому было бы, пожалуй, правильнѣе всѣ эти причины считать предрасполагающими и искать основу образованія пузырныхъ грыжъ во врожденныхъ измѣненіяхъ пузыря и органовъ, окружающихъ его. Отчасти указываютъ на подобное измѣненіе въ видѣ длинныхъ мочеточниковъ, длиннаго *ligam. suspensorii vesic. urinae*, въ видѣ дивертикуловъ пузырной стѣнки и пр. Но, къ сожалѣнію, природу всѣхъ этихъ особенностей мы близко не знаемъ. Не знаемъ ближе условій, при которыхъ происходятъ эти измѣненія, время возникновенія ихъ, степень и многое другое. Одного констатированія, напр., факта, что боковые отдѣлы пузыря часто образуютъ закругленныя выпячиванія (*recess. later. vesicae*), и что при растяженіяхъ пузыря получаютъ главнымъ образомъ съ боковъ дивертикулы, конечно, не достаточно. Между тѣмъ детальное изученіе эмбрионально-патологическихъ формъ пузыря, причинъ развитія ихъ расширило бы наши знанія по этиологіи пузырныхъ грыжъ, какъ это сдѣлала эмбриологія, примѣненная къ другимъ заболѣваніямъ — паховымъ грыжамъ и пр.

Въ не менѣе печальномъ положеніи находится и симптоматологія пузырныхъ грыжъ, ихъ распознаваніе. Въ первомъ нашемъ случаѣ *post factum* еще можно было узнать у больного о нѣкоторыхъ ненормальностяхъ со стороны пузыря, стоявшихъ въ связи съ грыжей. Но врядъ ли ознакомленіе до операціи съ явленіями мочеиспусканія помогло бы избѣжать раненія пузыря. Несмотря на сильное подозрѣніе въ присутствіи пузырной грыжи, несмотря на введенный шупъ, на впрыскиваніе въ пузырь жидкости, установить пузырную грыжу не удалось. Между тѣмъ введеніе шупа приходится считать самымъ вѣрнымъ діагностическимъ средствомъ. Къ сожалѣнію, кончикъ его не всегда можно прощупать. Какъ на одинъ изъ признаковъ распознаванія, указываютъ на мышечныя волокна пузыря, на которыя можно натолкнуться въ ранѣ, разъ имѣется выпаденіе пузырной стѣнки. Но стѣнка дивертикула часто не только истончена, но и лишена мышечной субстанции. Повидимому, это и было въ первомъ случаѣ. Во всѣхъ почти случаяхъ имѣется сильно развитая жировая. предпузырная клѣтчатка. Съ этой стороны наши случаи приходится признать довольно типичными для пузырныхъ грыжъ. Что касается предсказанія, то раненіе пузыря, какъ это мы уже видѣли изъ выше-

приведенныхъ цифръ смертности, нужно считать очень опаснымъ осложненіемъ. Всегда приходится опасаться мочевоѣ инфильтраціи и мочевоѣ инфекціи, — это, повидимому, и было въ одномъ изъ приведенныхъ нами случаевъ. Въ виду особенностей строенія дивертикуловъ (отсутствія иногда мышцы), трудно быть увѣреннымъ въ прочности шва. Поэтому-то сознательное раненіе дивертикула въ цѣляхъ болѣе точнаго распознаванія или изсѣченія его — предпріятіе довольно рискованное, не разъ стоившее больному жизни. — Относительно лѣченія можно сказать, что здѣсь, какъ при всякой атипической операціи, общихъ правилъ не существуетъ. Сообразуясь съ состояніемъ тканей, пузырь или зашиваютъ или лѣчатъ открыто, иногда рану пузыря вшиваютъ въ кожные покровы. Повидимому, какъ въ виду остановки кровотеченія, такъ и для предовращенія инфекціи — рациональнѣе зашить пузырь. Иногда хорошимъ подспорьемъ въ лѣченіи можетъ явиться и катетеръ à demeure.

---

## О простатическихъ камняхъ.

### I.

Предстательная железа хотя и чаще другихъ железъ, какъ извѣстно, служить мѣстомъ образованія камней, тѣмъ не менѣе о существованіи послѣднихъ врачи узнали только въ концѣ XVI столѣтія. *Marcellus Donatus* первый описалъ въ 1586 году найденный имъ (на аутопсіи) камень въ простатѣ одного мужчины, который при coitus могъ выдѣлять лишь ничтожное количество водянистаго сѣмени. Болѣе 30 л. спустя (1619) послѣ того *Fabricius Bartholetus* опубликовалъ свой случай, гдѣ простатическій камень сильно затруднялъ мочеиспусканіе. И этотъ авторъ, подобно своему предшественнику, объяснялъ происхожденіе камня сгущеніемъ задержавшейся спермы. Аналогичный случай сообщилъ въ 1670 г. *Blegny*. Въ 1707 г. *Douglas* нашелъ на аутопсіи въ простатѣ старика нѣсколько камешковъ съ блестящей наружной поверхностью. Послѣ того о находкахъ простатическихъ камней писали *Losse*, *Pohl* (1737), *Louis* (1747) и др. Въ 1762 г. *Morgagni* далъ всѣмъ извѣстное, классическое описаніе истинныхъ простатическихъ камней, и съ того времени послѣдніе служили предметомъ многочисленныхъ работъ *Civial* (1838), *Home* (1813), *Amussat* (1832), *Marlet* (1833) и пр., а позднѣе — *Vidal de Cassis*, *Velpeau*, особ. *Leroy d'Etiolles*, *Tompson'a*, *Beraud*, *Melisson'a*, *Malteste*, *Menage*<sup>39)</sup>, *Posner'a*<sup>33)</sup>, *Stilling'a*<sup>38)</sup>, нашего соотечественника *Земляницына*<sup>42)</sup> и мн. др. Тѣмъ не менѣе мы не должны упускать изъ виду, что въ работахъ авторовъ позапрошлаго и прошлаго столѣтій не было еще установлено различіе между камнями самого существа железы, или ея выводныхъ протоковъ, и камнями простатической уретры. Такое различіе строго проводится только въ работахъ авторовъ послѣднихъ 25—30 лѣтъ. Однако, въ вопросѣ о гистогенезѣ простатическихъ камней до сего времени многое остается неяснымъ. Способы распознаванія различныхъ видовъ камней далеко несовершенны, а неточность распознаванія видовъ и отношенія камней къ окружающимъ частямъ служить причиною несовершенства оперативныхъ приѣмовъ удаленія ихъ.

Камни простатической области могутъ быть раздѣлены на двѣ большія группы: въ одну изъ нихъ должны быть отнесены всѣ камни,

помѣщающіеся собственно въ мочевомъ пути, проходящемъ въ простатической области (выходная часть пузыря, *partes prostatica* и *membran. urethrae*, и даже *bulbus*), а въ другую — камни самого существа предстательной железы и ея выводныхъ протоковъ. Такимъ образомъ, къ первой группѣ относятся, во-первыхъ

А) Камни простатической части уретры, *calculi partis prostaticae urethrae*, которые, въ свою очередь, представляютъ нѣсколько разновидностей.

1) Камни мелкіе, такъ наз. блуждающіе, попадающіе сюда изъ почекъ, пузыря и изъ простаты. Они остаются въ уретрѣ недолго и останавливаются здѣсь или потому, что размѣръ ихъ превосходитъ просвѣтъ слѣдующей части канала, или потому, что случайно укладываются въ положеніи, неудобномъ для дальнѣйшаго ихъ передвиженія, или, наконецъ, просто потому, что въ данный моментъ для ихъ изгнанія не было достаточно сильнаго напора мочевой струи. Основательно застрявшій въ простатической области камень нерѣдко совершенно закрываетъ выходъ мочѣ; послѣдняя скопляется выше мѣста закупорки, растягиваетъ *ad maximum* сначала пузырь, потомъ и его выходную часть, а также и простатическую. Въ такіе моменты больные испытываютъ сильнѣйшіе и болѣзненные позывы на мочу, стонутъ, мечутся, измѣняютъ положенія тѣла на постели или на полу, натуживаются и т. п. Во время такихъ непріятностей и движеній камень обыкновенно отваливается отъ узкаго мѣста въ растянутую мочей простатическую часть, а отсюда уходитъ обратно въ пузырь, гдѣ и остается или до слѣдующаго такого же припадка, или же навсегда, т.-е. до образованія камня пузыря. Блуждающіе камни встрѣчаются довольно часто. У многихъ клиническихъ калькулезныхъ больныхъ въ анамнезѣ бывали вышеописанные припадки повторнаго закладыванія мочи, которые и объясняются путешествіемъ камня то изъ пузыря въ простатическую уретру, то изъ уретры обратно въ пузырь. Въ случаѣ *Liston'a* (39, obs. 10) такой камешекъ самъ ушелъ въ пузырь послѣ изслѣдованія пузыря щупомъ, а въ сл. *Janet* (ib., obs. 48) во время уретроскопированія камень на глазахъ два раза то уходилъ въ пузырь, то опять скатывался въ простатическую часть. Нерѣдко застрявшіе здѣсь блуждающіе камни возвращаются обратно въ пузырь или выбрасываются мочею наружу послѣ болѣе или менѣе продолжительнаго пребыванія въ уретрѣ катетера<sup>11)</sup>; изрѣдка приходится проталкивать ихъ насильственно въ пузырь какимъ-нибудь твердымъ инструментомъ, щупомъ, литотрипторомъ и т. п. Случай такого проталкиванія, во многихъ отношеніяхъ интересный и поучительный, пришлось мнѣ видѣть въ андрологической клиникѣ нѣсколько лѣтъ тому назадъ.



### Наблюденіе I.

6 января 1897 г. доставленъ былъ къ намъ 9 л. мальчикъ *Θ. К* — въ по поводу болѣзненнаго и частаго мочеиспусканія. Съ 3 до 5 лѣтъ онъ мочился съ мучительными болями, а потомъ года три мочился хотя и часто, но безъ боли. Мѣсяца 4 назадъ прежнія боли возобновились. Въ простатической уретрѣ найденъ камень, приблизительно съ лѣсной орѣхъ. При кокаинизаціи уретры головка гюйоновскаго катетера ущемилась между камнемъ и уретрой (вѣрнѣе — между камнями) такъ плотно, что нельзя было извлечь ее обратно. Тогда рядомъ съ катетеромъ провели до камня металлическій зондъ и не безъ насилія протолкнули камень въ пузырь. Головка катетера послѣ этого, конечно, освободилась. Тотчасъ же произведена была литолапаксія. Камень — уратъ. Всѣ эти манипуляціи хотя и старались дѣлать возможно деликатнѣе, тѣмъ не менѣе четверо сутокъ температура у мальчика держалась между 38,8 и 40,3° С., моча окрашивалась кровью, мочеиспусканіе было крайне затруднено и болѣзненно, въ клѣтчатку *penis*, мошонки и промежности произошло порядочный кровоподтекъ. Къ счастью, дѣло окончилось вполне благополучно, и 20-го января мальчикъ былъ отпущенъ домой вполне здоровымъ.

Вторую разновидность составляютъ

2) *Камни, плотно застрявшіе* въ простатической уретрѣ и уже неудачные отсюда ни силами самого организма, ни проталкиваніями и др. т. наз. безкровными мѣропріятіями хирурга. Улегшись плотно и будучи предоставленъ самому себѣ, такой камень постепенно нарастаетъ, увеличивается и раздвигаетъ стѣнки уретры. Такъ какъ передняя стѣнка послѣдней въ этомъ мѣстѣ, въ силу извѣстныхъ анатомическихъ условій, мало податлива, то напору растущаго камня



подвергается стѣнка задняя; камень, кромѣ того, растетъ и вдоль уретры, т.-е. по направленію и къ пузырю и къ мембранозной части. При дальнѣйшемъ увеличеніи его сдавливается и атрофируется часть простатической железы, на счетъ которой, въ концѣ концовъ, и образуется глубокое ложе. Но какъ бы при этомъ ни страдало существо железы, — *стѣнки уретры* все-таки *остаются цѣлыми* и ложе камня по-

всюду остается выстланнымъ слизистой оболочкой.

Попытки протолкнуть плотно улегшійся камень обратно въ пузырь ведутъ обыкновенно къ тяжелымъ послѣдствіямъ, какъ показываетъ, напр., слѣдующій случай.

### Наблюденіе II.

30 марта 1894 г. въ андрологическую клинику поступилъ *М. К* — въ, 25 л., съ жалобами на частое, затрудненное и болѣзненное мочеиспусканіе днемъ, боли въ *glans penis*, въ промежности, внизу живота и за лобкомъ, на непроизвольное мочеиспусканіе ночью. До января 1894 г. никакихъ серьезныхъ заболѣваній не имѣлъ, былъ на военной службѣ, чувствовалъ себя хорошо. Въ январѣ безо всякой видимой причины появились частые позывы и боли, мочиться сталъ 30—40 разъ въ день, моча все чаще и чаще стала окрашиваться кровью, а послѣднія ея капли представляли уже одну кровь. Позывы стали такъ настойчивы и неожиданны, что сдерживать ихъ больной рѣшительно не могъ; днемъ, вообще во время бодрствованія, онъ сначала успѣвалъ еще кое-какъ подбѣгать къ горшку, да и то не всегда во-время, а во время сна моча безъ вѣдома больного уходила въ постель.

Моча мутная, щелочная, зловонная, съ большимъ тягучимъ, гнойно-солевымъ осадкомъ, съ значительною примѣсью крови, уд. в. 1,014. Правая почка болѣзненна, но не

прощупывается. Мочевыхъ цилиндровъ не найдено. Предстательная железа велика, тверда, болѣзненна. При двойномъ изслѣдованіи (*per rectum et per tegumenta abdominis*) въ мочевомъ пузырьѣощупывается твердое, круглое тѣло приблиз. въ 3—4 сант. діаметромъ. Изслѣдованіе пузыря щупомъ было чрезвычайно затруднительно, такъ какъ въ простатической части инструментъ упирался въ камень. Черезъ нѣсколько часовъ послѣ этого изслѣдованія моча стала выходить только по каплямъ. Больной сильно беспокоился, пузырь оказался переполненнымъ; металлическимъ катетеромъ выпустили мочу и пузырь промыли, при чемъ съ промывной жидкостью выходили мелкіе осколки и много песку. 4 апрѣля мочу заложило вновь. На этотъ разъ попытки провести въ пузырь какой-нибудь катетеръ потерпѣли фіаско, инструменты встрѣчали въ простатической уретрѣ непреодолимое препятствіе. Металлическій щупъ давалъ ощущение распавшагося на нѣсколько обломковъ камня, что подтверждало и ректальное изслѣдованіе. Сдѣлано было нѣсколько попытокъ, казавшихся сначала даже успѣшными, протолкнуть литотрипторомъ часть осколковъ въ пузырь. Дѣйствительно, вслѣдъ за литотрипторомъ провели по мандрину въ пузырь, какъ намъ казалось, нелатоновскій катетеръ и оставили его *à demeure*. Температура поднялась до 39,6. Зловонная, кровавая моча шла, однако, мимо катетера. На другой день катетеръ оказался ущемленнымъ набившимся между инструментомъ и стѣнками уретры пескомъ. Песокъ удалили промываніями, послѣ чего катетеръ свободно вышелъ изъ уретры. На слѣдующіе дни количество мочи стало рѣзко убывать. Вновь провести въ пузырь катетеръ не удалось, такъ какъ его не пропускали лежавшіе въ простатической части осколки. Общее состояніе больного все ухудшалось; появились икота, рвота, жажда и пр. Правая почка болитъ, ясноощупывается. 12 апр. больной скончался.

*Аутопсія.* Pyelonephritis, praecipue dextra, purulenta in gradu summa. Dilatatio uretherum et uretheritis dyphtherica (septica). Cystitis dyphtherica. Calculus vesicae urinae. Calculi partis prostaticae urethrae. Urethritis postica dyphtherica, gangraenosa.

Обсуждая этотъ случай, мы видимъ, что при поступленіи больного въ клинику у него уже имѣлись въ наличности всѣ признаки мочевої инфекции и страданія почки. При такомъ положеніи дѣла разнообразныя, многократныя манипуляціи различными инструментами, особ. въ набитой камнями простатической уретрѣ, въ сущности и не могли дать иного результата, какъ тотъ, который получился. Однако, въ печальномъ исходѣ не былъ особенно повиненъ и хирургъ, такъ какъ на радикальную, предлагавшуюся неоднократно больному, операцію онъ рѣшительно не соглашался. Подобный случай въ 1895 году опубликовалъ *Leguen* (obs. III)<sup>23)</sup>.

Его больной, 44 л., съ ранняго дѣтства мочился очень часто, до 20-л. возраста страдалъ *epuress nocturno*, а днемъ позывы бывали такъ настойчивы и неожиданны, что онъ очень часто не успѣвалъ подбѣгать къ горшку и упускалъ мочу въ штаны. Уже 3 года имѣетъ лѣвосторонній піелитъ. Моча мутная, гнойная. Простата велика, выпукла, тверда, даетъ ощущение крепитации. Зондъ въ простатической уретрѣ натывается на камень, мимо котораго проходитъ, однако, въ пузырь и здѣсь находитъ второй камень. Срединное промежностное сѣченіе (*prof. Guyon*). Изъ простатической уретры щипцами извлеченъ гладкій, круглый, величиной съ небольшою грецкій орѣхъ, камень. Вслѣдъ за тѣмъ черезъ расширенную заднюю часть уретры изъ пузыря извлеченъ былъ и другой камень, съ лѣсной орѣхъ. Черезъ 17 дней пациентъ оставилъ клинику здоровымъ. Ложе большого камня, очевидно, сгладилось, сократилось и нормальный просвѣтъ уретры возстановился.

Докторъ *Михайловъ*<sup>24)</sup> нашелъ подобный камень у 12-л. дѣвочки, страдавшей три года уже постояннымъ недержаніемъ мочи. Послѣдняя была инфицирована, зловонная, щелочная, съ гноемъ и кровью. Камень — фосфатъ, длиной 5 сант., въ окружности 6 сант., вѣсомъ 12,8 грм., лежалъ въ уретрѣ у самаго выхода изъ пузыря и извлеченъ былъ очень легко, послѣ чего всѣ разстройства въ сферѣ мочеиспусканія въ теченіе 25 дней исчезли. И въ этомъ случаѣ, слѣдовательно, ложе камня быстро изгладилось и уретра возстановилась.

Такого рода камни встрѣчали *Fergusson*, *Bonnafond*, *Leroy d'Etiolles* (39, obs. 13, 15, 35) и мн. др.

Такъ какъ основаніе такимъ камнямъ кладутъ каменки блуждающіе, спускающіеся изъ почекъ, то ядро ихъ почти всегда состоитъ изъ уратовъ, а внѣшнія наслоенія—изъ фосфатовъ. Блуждающіе камни, выпадая изъ почекъ у маленькихъ дѣтей и застревая въ самомъ *orif. interno urethrae*, не *совсѣмъ* закупориваютъ выходъ изъ пузыря. Такое положеніе ихъ вызываетъ или частые и неудержимые позывы (*Leguen*), или недержание мочи, иногда даже при отсутствіи болей (*Guyon*). То же самое встрѣчается иногда и у взрослыхъ, хотя гораздо рѣже. Такой камень, постепенно увеличиваясь, съ теченіемъ времени оказывается лежащимъ частію въ простатической уретрѣ, а частію въ пузырьѣ; въ другихъ случаяхъ, наоборотъ, застрявши въ простатической уретрѣ и увеличиваясь въ длину, камень постепенно прорастаетъ въ пузырь. Такимъ образомъ получается особый видъ камней, извѣстныхъ подъ именемъ

### В) Камней пузырно-уретральныхъ.



По своей формѣ и отношенію къ окружающимъ частямъ они представляютъ нѣсколько разновидностей.

1) Большая часть камня лежитъ въ полости мочевого пузыря, а меньшая—въ простатической уретрѣ; между ними имѣется узкая часть—шейка. Такіе камни своимъ видомъ напоминаютъ песочные часы, почему и носятъ названіе *пузырно-уретральныхъ „въ формѣ песочныхъ часовъ“* (*forme „en sablier“* французскихъ авторовъ).

Къ счастью, въ такой формѣ камни встрѣчаются не часто.

*Soulignou* <sup>36)</sup> у одного 30-тилѣтняго больного по поводу простатическаго камня дѣлалъ промежностное сѣченіе. Камень лежалъ очень близко въ ранѣ; казалось, что удалить его будетъ легко, но, несмотря на сильныя тракціи и всевозможные маневры щипцами, онъ не трогался съ мѣста; наконецъ, камень обломился и разсыпался на нѣсколько кусковъ, которые и были послѣдовательно извлечены. Введенный въ рану палецъ ощутилъ малоподатливую шейку пузыря и въ ней ущемленную узкую часть,—отростокъ другого большого камня, лежавшаго въ пузырьѣ. Попытки извлечь этотъ камень черезъ пузырную шейку не вели ни къ чему. Сдѣлано было высокое сѣченіе и камень удалили легко. Т. обр. камень состоялъ изъ двухъ частей, соединившихся шейкой: верхняя пузырная часть имѣла 4 сант. въ діаметрѣ, а нижняя, простатическая—3 сант., вѣсъ всего камня 50,0. Камень былъ фосфатъ съ небольшою примѣсью углекислой извести.

Въ сл. *Durigen* <sup>13)</sup> у 11-тилѣтняго мальчика-кабала найденъ былъ по формѣ и положенію частей точно такой же камень, при чемъ положеніе бѣльшей части въ пузырьѣ, а меньшей—въ уретрѣ подтверждено было рентгенограммой. Сдѣлали промежностное сѣченіе, но отсюда камня извлечь не могли; съ большими усиліями протолкнули его въ пузырь и удалили высокимъ сѣченіемъ.

По моему мнѣнію, къ промежностному сѣченію въ данномъ случаѣ не было никакой надобности прибѣгать; раньше операціи рентгенограмма показывала, что черезъ промежностную рану камень удаленъ быть не можетъ, слѣдовательно и операцію нужно было начинать

прямо съ высокаго сѣченія. Что касается случая *Souligoux*, то здѣсь еще болѣе непонятной представляется попытка извлечь объемистую пузырную часть камня черезъ узкую шейку. Удача такого извлеченія могла стоять больному разрыва пузыря. Въ такомъ же положеніи очутился *Cathelin* <sup>9)</sup>, натолкнувшись при промежностномъ сѣченіи на камень „en sablier“; послѣдній, къ счастью, былъ невеликъ, а потому проталкиваніе его въ пузырь и послѣдующее извлеченіе щипцами черезъ промежностную рану обошлось безъ надрывовъ.

Пузырно-уретральные камни наблюдались и въ нашей клиникѣ.

### Наблюденіе III.

15 февраля 1894 г. поступилъ С. Б—нъ, 19 л., съ жалобами на частые, болѣзненные, неудержимые позывы на мочу, боли въ промежности. На 5-мъ году жизни въ московской больницѣ св. Владиміра ему сдѣлано было высокое сѣченіе по поводу пузырнаго камня, а еще черезъ годъ въ той же больницѣ и по тому же поводу — боковое промежностное сѣченіе. Со времени послѣдней операціи и до сихъ поръ осталось ночное недержаніе мочи. Съ 11 лѣтъ сталъ мочиться особенно часто, съ рѣзкою болью въ концѣ и даже въ теченіе 10—15 минутъ послѣ мочеиспусканія, при чемъ послѣднія порціи мочи, примѣрно 1½—2 столовыхъ ложки, выходили медленно и самопроизвольно въ бѣлье, спустя нѣкоторое время послѣ мочеиспусканія. Съ того же года на промежности появилась болѣзненная припухлость, мѣшавшая сидѣть. Въ настоящее время Б—нъ днемъ мочится 20—30 разъ, ночью же моча уходитъ безъ вѣдома больного въ постель. Моча кислой реакціи, мутна, безъ крови. Почки чувствительны, но не прощупываются. На промежности очень болѣзненная припухлость; при ощупываніи ея кажется, что тотчасъ же подъ кожей здѣсь лежитъ камень. Предстательная железа велика, тверда, сильно выдается въ rectum, болѣзненна. Темпер. 38,5—40,8; по ночамъ — поты.

17 февраля подъ общимъ наркозомъ покровы промежности разсѣчены до камня, нижняя часть котораго удалена была щипцами съ большимъ трудомъ (отломилась), послѣ многократныхъ неудачъ. Въ глубинѣ раны палецъ нащупывалъ продолженіе камня вверхъ, но доступъ къ нему былъ очень труденъ вслѣдствіе неподатливости ведущаго къ нему отверстія; узкое мѣсто было надрѣзано скальпелемъ, но и послѣ того извлеченіе камня не удавалось. Металлическій зондъ, введенный въ пузырь черезъ уретру, доказалъ, что камень лежалъ въ пузырь, почему черезъ промежностную рану и сдѣлана была литопакія. Состояніе больного улучшилось, температура тѣла со 2-го дня послѣ операціи упала почти до нормы (37,5). Однако съ половины марта появилась опять лихорадка, ознобы, ночные поты; моча стала щелочная, мутная, съ гнойнымъ осадкомъ, богатая фосфатами, съ примѣсью крови. Въ простатической части уретры вновь найденъ камень. Рана на промежности была раскрыта, и въ глубинѣ ея палецъ нащупалъ камень, который при попыткѣ извлечь его разломился. Прежній камень у больного былъ уро-фосфатъ, а этотъ—чистый фосфатъ, вѣсомъ 2,0. Лихорадка продолжалась съ еще большимъ ожесточеніемъ, по вечерамъ — 39,1—39,6°. Констатированъ лѣвосторонній гнойный піелитъ и туберкулезъ обѣихъ легочныхъ верхушекъ, съ массою коховскихъ бациллъ въ мокротѣ. Тѣ же бациллы найдены и въ мочевомъ осадкѣ. Больной, пробывъ еще нѣсколько мѣсяцевъ въ больницѣ, 27-го ноября съ явленіями общаго туберкулеза взятъ былъ родственниками на свое попеченіе.

Въ данномъ случаѣ можно предполагать, что послѣ промежностнаго сѣченія на 7-мъ году жизни часть камня осталась въ простатической уретрѣ, гдѣ, постепенно увеличиваясь, заняла не только простатическую уретру, но однимъ концомъ проросла въ пузырь, а другимъ—опустилась внизъ, въ толщу покрововъ промежности. Что касается т. б. с. легкихъ, то болѣзнь, вѣроятно, существовала въ из-



вѣстной степени давно, но не была замѣчена при поступленіи больного въ клинику.

#### *Наблюденіе IV.*

Такого же типа былъ камень у другого нашего больного, Д. Ф—ва, 48 лѣтъ, поступившаго въ клинику 30 октября 1892 г. съ жалобами на ночное недержание мочи, частые и болѣзненные позывы днемъ, кровь въ мочѣ.

Въ раннемъ дѣтствѣ у Ф—ва была каменная болѣзнь; камень удалили промежностнымъ сѣченіемъ. Послѣ того до 41 года былъ здоровъ, но на 42 году появились опять признаки камня въ пузырь. Сдѣлано было камнедробленіе, послѣ котораго лѣтъ 6 чувствовалъ себя сравнительно хорошо, но полного здоровья уже не было: мочился хотя и безъ боли, но не меньше 12—15 разъ въ сутки, при чемъ позывы съ теченіемъ времени становились все настойчивѣе. За послѣднее время днемъ онъ можетъ еще кое-какъ справляться съ своими позывами, а ночью моча всегда уходитъ въ постель. Мѣсяца 3 назадъ мочу совсѣмъ закладывало на нѣсколько часовъ и съ тѣхъ поръ онъ мочится разъ по 60 въ день. Моча зловонная, кровавая, щелочная. Металлическій зондъ въ простатической части уретры натывается на камень. Простата увеличена, тверда, болѣзненна, не бугриста; въ верхней своей части она безъ перерыва переходитъ въ другую опухоль лежащую на днѣ пузыря. Послѣдняя прощупывается и черезъ брюшныя стѣнки, величина ея приблизительно съ  $\frac{1}{2}$  средняго кулака, а простатическая часть—съ  $\frac{1}{2}$  небольшого яблока. Движенія нижней части передавались на верхнюю, и наоборотъ. Очевидно, мы имѣли дѣло съ большимъ пузырно-простатическимъ камнемъ. Интересенъ здѣсь еще одинъ фактъ: съ годъ или болѣе у больного не было ни поллюцій, ни эрекцій.

На предложенную операцію Ф—ва не согласился.

Вторую разновидность пузырно-уретральныхъ камней составляютъ

2) Камни, большая часть которыхъ помѣщается въ простатической уретрѣ, а меньшая—въ пузырь, т. наз. *calculi uretro-vesicales*; они по своему виду, въ сущности, тождественны съ камнями первой разновидности, но только положеніе частей ихъ обратное.

#### *Наблюденіе V.*

Интересный случай такого камня недавно (29 ноября 1908 г.) былъ оперированъ проф. Мартыновымъ въ андрологической клиникѣ.

Больной О. К—въ, 33 л., по ремеслу—стекольщикъ, поступилъ къ намъ 27-го ноября.

Съ самаго ранняго дѣтства онъ страдалъ учащенными и настойчивыми позывами на мочу, а ночью, до 18 л. возраста, всегда по 2—3 раза мочился въ постель. Случалось упускать мочу и днемъ. Съ 3 и до 8 л. мочеиспусканіе, особенно конецъ его, сопровождалось зудомъ въ головкѣ penis, жженіемъ, болями въ глубинѣ канала. Послѣ 8 л. боли эти стихли, а съ 18 л. пересталъ мочиться въ постель, такъ какъ привыкъ по 4—5 разъ въ ночь просыпаться для мочеиспусканія. 23 л. женился, дѣтей отъ него жена не имѣла, хотя отъ перваго мужа родила нѣсколько разъ.

Съ апрѣля 1903 г. позывы рѣзко участились (до 20 разъ въ сутки), появились опять боли; послѣднія порціи мочи стали окрашиваться кровью. Мочу по временамъ закладывало. За послѣдніе 2 мѣсяца и помимо мочеиспусканія появились давящія, тянущія боли въ глубинѣ промежности, мѣшавшія не только работать, но и сидѣть. Моча сдѣлалась мутной и зловонной. Около года уже пришлось отказаться отъ coitus, такъ какъ *ejaculatio seminis* стало крайне болѣзненно.

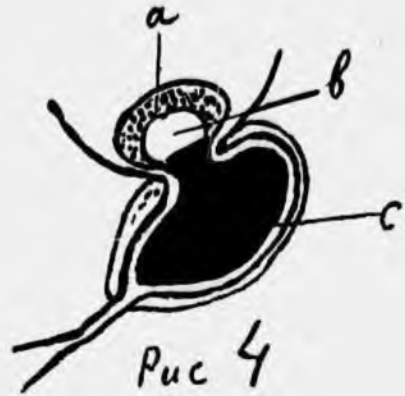
Общее состояніе организма довольно удовлетворительное. Темпер. 37,2. Моча инфицирована.

Въ простатической уретрѣ лежитъ большой камень, мимо котораго никакимъ инструментомъ въ пузырь проникнуть невозможно. Предстательная железа—съ мандаринъ величиной, тверда, гладка; верхнюю ея границу и прилежащую часть пузыря хорошо об-

слѣдовать невозможно отчасти по причинѣ размѣров простаты, отчасти же по причинѣ болѣзненности самаго обследованія.

29-го ноября операція. Обычный полудунный, преректальный разрѣзъ. Скоро дошли до простаты, т.-е. до занимавшаго ея мѣсто камня. Несмотря на то, что доступъ къ камню былъ совершенно свободенъ и удобенъ, камень долго не поддавался разнообразнымъ попыткамъ извлечь его, но, наконецъ, онъ обломился, хрустнуль, послѣ чего легко былъ вынуть наружу. Осмотръ извлеченной части камня показалъ намъ, что она соединена была узкой, обломившейся при извлеченіи, шейкой съ другимъ камнемъ, оставшимся въ ранѣ. Изслѣдованіе раны пальцемъ показало, что за шейкой пузыря, въ его полости, дѣйствительно находится много обломковъ камня и песку, которые и были удалены ложкой.

Нижняя часть камня (см. рис. IV, с.) имѣетъ типичную форму предстательной железы, только увеличенной; длина ея 5 сант., ширина — 4 и толщина 3 сант.; вѣсъ въ сухомъ видѣ=58 граммамъ. На верхней, плоской его сторонѣ имѣется нѣсколько сплюснутая съ боковъ узкая шейка, которая на разстояніи 1 сант. отъ основанія имѣетъ поверхность свѣжаго излома. Одинъ изъ пузырныхъ обломковъ имѣетъ видъ сплюснутаго шарика съ волошскій орѣхъ (b); на одной изъ поверхностей его имѣется тоже свѣжій изломъ, который отлично прилегаетъ къ излому шейки. Ясно было, что простатическій и пузырный камни составляли одно цѣлое. Нѣкоторые изъ пузырныхъ камней имѣли видъ обломковъ скорлупы и хорошо прилаживались къ сплюсненному шарiku (a). Вѣсъ всѣхъ камней (и песку) 80 граммовъ; пузырная часть камня, слѣдовательно, была гораздо меньше простатической. Камень—фосфатъ въ наружныхъ наслоеніяхъ; его фигура и отношеніе къ окружающимъ частямъ видны изъ полусхематическаго рисунка 4.



Больной въ настоящее время находится на пути къ выздоровленію.

Въ данномъ случаѣ камень попалъ въ простатическую уретру, или, лучше сказать, въ выходную часть пузыря, вѣроятно, еще въ раннемъ дѣтствѣ, чѣмъ и объясняются настойчивые позывы на мочу, болѣзненность мочеиспусканія и повторныя, непроизвольныя мочеиспусканія во снѣ (Guyon) до 18-тилѣтнаго возраста. Съ теченіемъ времени камень принялъ формы менѣе раздражавшія пузырь, чѣмъ и можно объяснить значительное уменьшеніе болей послѣ 8 лѣтъ.

Такого рода камни бываютъ иногда довольно причудливыхъ формъ, какъ это можно видѣть, напр., на рисункѣ въ извѣстномъ руководствѣ Morris'a (27, стр. 219). У Leguen (24, стр. 95) приведенъ рисунокъ камня, дѣйствительно чрезвычайно похожаго на песочные часы. Камень этотъ, еще будучи на мѣстѣ, почему-то разломился въ своей узкой части и такъ какъ половинки его остались фиксированными въ тѣсномъ соприкосновеніи, то на мѣстѣ излома образовались отполированныя фасетки.

Filliatre 17) тоже нашелъ у одного 50-тилѣтнаго больного камень, лежавшій одной частью въ пузырь, а другой—въ простатической уретрѣ. 15 окт. sectio alta. Ущемленный въ пузырной шейкѣ камень удаленъ былъ съ большимъ трудомъ и не безъ насилій. По его извлеченіи показалось изъ шейки обильное кровотеченіе, остановленное только тампономъ. При изслѣдованіи пальцемъ пузыря въ шейкѣ его, на разстояніи 1½—2 сант. отъ orif. intern., нащупывался другой камень, который еще съ большими затрудненіями былъ извлеченъ щипцами Kocher'a. Кровотеченіе возобновилось; тампонада изъ пузыря

не помогала, кровь шла через уретру, и только промываніе через каналъ перекисью водорода остановило кровотеченіе. Пузырная часть камня,  $13 \times 13$  мм., была гладкая, какъ бы отполированная, а уретральная,  $15 \times 15$  мм., — шероховатая, неровная; между ними имѣлась узкая шейка, сломавшаяся при извлеченіи верхней части камня. Камень — фосфатъ. Черезъ двѣ недѣли послѣ операціи — жестокий припадокъ почечной колики (почка лѣвая); темпер.  $39,0$ ; въ мочѣ — кровь. 1-го мая въ пузырьѣ опять найденъ камень. Новое высокое сѣченіе. Извлеченъ камень въ 3 сант. длины и  $1\frac{1}{2}$  сант. въ поперечникѣ, уратъ. Лѣвый мочеточникъ расширенъ и легко пропускалъ катетеръ № 24. При выходѣ изъ клиники у больного оставался еще небольшой надлобковый свищъ.

Случай этотъ заслуживаетъ серьезнаго вниманія. При удаленіи какъ пузырной, такъ и въ особенности — уретральной частей камня хирургу пришлось прибѣгнуть къ значительному насилію, вызвавшему разрывъ шейки пузыря и обильное кровотеченіе. Между тѣмъ, предварительная рентгеноскопія камня передъ операціей показала бы Filliatre'у, что высокое сѣченіе въ его случаѣ было несравненно менѣе выгодно, чѣмъ промежностное; черезъ промежностную рану легче было удалить камень, даже цѣликомъ, а если бы нижняя часть отломилась, то верхнюю легко было оттолкнуть въ пузырь и закончить операцію литолапаксіей (черезъ рану).

Камней уретрально-пузырныхъ описано довольно много. Такъ, Blandin (39, obs 19) у 15-л. мальчика нашелъ камень, уретральная часть котораго была съ куриное яйцо, а пузырная — гораздо меньше. Обѣ части соединялись узкой шейкой. Въ сл. Tarnaud удаленъ былъ камень вѣсомъ въ  $38,0$ ; уретральная его часть ( $4 \times 3$  сант.) соединялась узкой шейкой съ гораздо меньшей частью уретральной. Подобные же камни встрѣчались Reverdin'у, Thaden'у и др. (17).



Третьей разновидностью этого рода камней являются:

3) Камни въ формѣ груши („en poire“ — франц. авторовъ), характеризующіеся тѣмъ, что верхняя и нижняя ихъ части безъ шейки, или ясно выраженнаго перехвата, непосредственно переходятъ одна въ другую. У однихъ камней при этомъ большая часть лежитъ въ пузырьѣ, а меньшая — въ простатической уретрѣ; у другихъ — дѣло обстоитъ какъ разъ наоборотъ.

Интересный случай такого камня описалъ Leguen.

Больной 3 года тому назадъ получилъ ударъ въ промежность и съ того времени появились у него частые позывы на мочу; позывы съ теченіемъ времени становилась все настойчивѣе, больной сталъ мочиться до 50 разъ въ сутки, одинаково часто днемъ и ночью, моча стала окрашиваться кровью, особ. послѣ движеній. Боли въ области почекъ. Въ простатической уретрѣ — камень. Простата велика, кругла, тверда, болѣзненна. Изслѣдующій палецъ ощущаетъ въ ней крепитацию. Пузырь растянутъ мочей; моча очень дурная. Больной истощенъ.

Промежностное сѣченіе. Шероховатый камень въ 3 сант. длины и  $1\frac{1}{2}$  сант. толщины легко извлеченъ былъ щипцами; за этимъ камнемъ лежалъ другой и тоже большой, за другимъ — третій. Сложенные вмѣстѣ камни составили грушу почти въ кулакъ величиной. Введенный въ рану палецъ совершенно свободно проникъ въ пузырь, не встрѣтивъ нор-

мальнаго, кольцевиднаго выступа шейки. Было очевидно, что пузырь, его шейка и простатическая часть уретры сообща образовали нѣчто въ родѣ воронки, въ которой и лежалъ грушевидный камень.

Подобные случаи описаны *Scarp'ою*, *Beraud* (5), *Ginterbock'омъ* (39) и др.

При операціяхъ, въ сл. такихъ камней, значеніе предварительной рентгеноскопіи выступаетъ особенно рельефно, такъ какъ безъ нея удаленіе, напр., камня, лежащаго объемистымъ концомъ въ пузырь, черезъ промежностное сѣченіе было бы крайне затруднительно, если не невозможно. Въ вышеописанномъ случаѣ *Leguen* хирургу помогла счастливая случайность: — камень состоялъ изъ отдѣльныхъ кусковъ. Точно такъ же безъ рентгеноскопіи хирургъ попалъ бы въ затруднительное положеніе, если бы вздумалъ удалять камень съ толстымъ, объемистымъ концомъ въ уретрѣ высокимъ сѣченіемъ. Вообще при такого рода камняхъ хирургамъ нерѣдко приходилось дѣлать одновременно и надлобковое, и промежностное сѣченіе, изъ которыхъ одно какое-нибудь обязательно должно было считаться совершенно лишнимъ.

Нѣкоторую разновидность составляютъ еще камни съ вытянутой, длинной и узкой частью на одномъ изъ концовъ; по своей формѣ они напоминаютъ бутылку, почему и носятъ у французскихъ авторовъ названіе камней „*en bouteille*“. Таковъ былъ, напр., камень, найденный у мальчика *Amussat* и описанный *Vidal'емъ* (39, obs. 8). Въ сл. *Higier* (39, obs. 23) камень былъ въ 5 сант. длины, 4 сант. ширины у основанія, 2 сант. толщины и имѣлъ пузырьную часть въ видѣ длиннаго, узкаго отростка наподобіе бутылочнаго горлышка. Иногда такіе камни занимаютъ не только выходную часть пузыря и простатическую уретру, но захватываютъ мембранозную и даже луковичную части. Патогенезъ ихъ различенъ. Въ однихъ случаяхъ застрявшій въ простатической уретрѣ камень при дальнѣйшемъ увеличеніи своемъ постепенно прорастаетъ и назадъ въ пузырь, и впередъ до луковичы; въ другихъ случаяхъ, вслѣдъ за застрявшимъ въ мембранозной части камнемъ спускается другой, за другимъ — третій и т. д. Послѣдній можетъ занять выходную часть пузыря. Съ теченіемъ времени камни могутъ или слиться въ одинъ, или же образовать на соприкасающихся поверхностяхъ гладкія фасетки.

Въ сл. *Gross* (39, obs. 26) передній конецъ такого камня лежалъ въ *bulbus*; на мѣстѣ простаты прощупывалась объемистая опухоль значительной твердости. Наружная уретротомія. Камень, лежавшій въ *bulbus*, имѣлъ шероховатую поверхность, по своей формѣ напоминалъ финикъ, вѣсилъ 13,0. Второй камень фасеточный, вѣсомъ 5,0, лежалъ въ мембранозной уретрѣ. Третій — кубовидный вѣсилъ 40,0 и занималъ простатическую часть; на верхнемъ концѣ его имѣлись два бугорка и одинъ особенно удлиненный отростокъ, занимавшій выходъ изъ пузыря и выдававшійся въ полость послѣдняго.

Къ третьему виду могутъ быть отнесены камни не имѣющіе пу-

зырной части, а занимающіе только уретру въ частяхъ ея простатической и мембранозной, а иногда даже и луковичной. Они носятъ название „calculi prostatourethrales“, хотя къ простатической железнѣ отношенія не имѣютъ и всецѣло принадлежатъ уретрѣ. Въ отличіе отъ камней слѣдующей группы, о которыхъ рѣчь будетъ далѣе, камни эти лучше было бы называть такъ:



С) Камни простатическо-уретральные неполостные, *calculi prostatourethrales non diverticulaires*.

Въ общемъ они представляютъ такую фигуру и состоятъ или изъ одной сплошной массы или изъ нѣсколькихъ кусковъ.

Въ сл. *Le Fort*'а (39, obs. 30) при началѣ болѣзни, кромѣ неясныхъ тупыхъ болей въ простатѣ, у больного были *очень частыя эрекции и поллюціи, libido sexualis было рѣзко повышено*. Черезъ пять лѣтъ на промежности образовался абсцессъ, а потомъ и мочевої свищъ. Въ простатической уретрѣ найденъ камень. Еще черезъ десять лѣтъ камень уже выдавался въ мембранозную часть и на этотъ разъ былъ на мѣстѣ разломленъ щипцами *Hunter*'а. Послѣ операции въ теченіе 2—3 мѣсяцевъ больной выводилъ съ мочою много камешковъ съ горошину и болѣе, а однажды вышелъ камень почти въ 2 сант. длины. Камни были съ глянцевитой, блестящей поверхностью, перламутровымъ блескомъ и такой твердости, что могли быть названы „фарфоровидными“. Съ поверхности они были какъ бы политы стекломъ, а въ изломѣ состояли изъ бѣлой массы фосфорно-кислаго кальція.

Такіе случаи описаны *Civiale*мъ, *Thirolloix* и *Du Pasquier* (39, obs. 22 и 37). Въ сл. *Genouville*'я (19) у 58-л. больного съ мочевымъ свищемъ на промежности удаленъ былъ камень („en sablier“), шейка котораго лежала въ мембранозной уретрѣ, а толстые концы помѣщались въ простатич. части и въ толщѣ промежности. Камень былъ такъ великъ (обломки вѣсили 160,0) и такъ плотно сидѣлъ въ своемъ ложѣ, что цѣликомъ не могли извлечь его даже черезъ широкій преректальный разрѣзъ. Больной остался съ обширнымъ свищемъ на промежности и недержаніемъ мочи. Въ концѣ концовъ онъ все-таки ухитрился въ теченіе дня до извѣстной степени устранять недержание тѣмъ, что черезъ извѣстные, опредѣленные опытомъ, промежутки времени вводилъ черезъ свищевой ходъ катетеръ и спускалъ мочу. Очевидно, мочевые запиратели были уничтожены, атрофировались отъ многолѣтняго давленія и перерастяженія ихъ камнемъ. Еще раньше образованія послѣдняго больной уже страдалъ суженіемъ мочеиспускательнаго канала; нужно полагать, что первичнымъ заболѣваніемъ въ данномъ случаѣ была *strictura urethrae*, поведшая къ надрыву застриктурной части и образованію свища. Камень явился позже и былъ, слѣд., явленіемъ послѣдовательнымъ, вторичнымъ.

## II.

До сего времени мы описывали камни, которые, застревая въ уретрѣ, при своемъ дальнѣйшемъ увеличеніи раздвигаютъ ея стѣнки и если достигаютъ размѣровъ болѣе или менѣе значительныхъ, то отдавливаютъ и атрофируютъ самое существо предстательной железы. Тѣмъ не менѣе и тогда большинство такихъ камней продолжаетъ помѣщаться въ ложѣ вездѣ выстланномъ слизистою оболочкой. По-

слѣдняя, конечно, до извѣстной степени патологически измѣняется, однако—остается слизистой оболочкой и нерѣдко, по удаленіи камня (сл. *Lagueu*, *Михайлова* и др.), можетъ снова принять и прежній видъ, и прежнія очертанія.

Въ настоящей главѣ мы опишемъ другую группу камней, къ которой относятся:

А) Камни, помѣщающіеся въ самомъ существѣ предстательной железы, т. наз. *полостные*, „*calculi prostatico-urethrales diverticulares*“, причемъ *вмѣщающая ихъ полость всегда имѣетъ сообщеніе съ уретрой*.

Въ свою очередь и этотъ видъ камней представляетъ нѣсколько разновидностей. Такъ, въ однихъ случаяхъ полость сообщается съ уретрой узкимъ отверстіемъ, камень лежитъ какъ бы въ бутылкѣ и съ уретрой не соприкасается (рис. 7). Въ другихъ случаяхъ (рис. 8) камневая полость сообщается съ уретрой широкимъ отверстіемъ, такъ что лежащій въ ней камень значительной своей поверхностью составляетъ часть уретральной стѣнки. Но, какъ бы ни было широко отверстіе, ведущее изъ уретры въ камневую полость, все же діаметръ его гораздо меньше діаметра и камня, и самой полости.

Эти разновидности имѣютъ значительный и теоретическій и практический интересъ. Различіе между ними лучше всего можно видѣть на слѣд. рисункахъ.

Чаще всего такіе камни получаютъ свое начало въ полости простатическихъ абсцессовъ послѣ вскрытія ихъ въ уретру, особенно при инфицированной и богатой фосфатами мочѣ. При мочеиспусканіи моча попадаетъ въ полость и здѣсь вмѣстѣ съ обрывками тканей, гноемъ, кровью, распадомъ и бактеріями образуетъ сначала мягкую,



въ родѣ штукатурной извести, массу, а изъ этой массы, при дальнѣйшей импрегнаціи ея солями, образуется уже камень. Послѣдній обыкновенно растетъ быстро, выполняетъ полость бывшего абсцесса, атрофируетъ послѣдніе остатки железы и замѣщаетъ ее собою. Діаметръ и форма отверстія, соединяющаго камневую полость съ уретрой, находятся въ зависимости, во 1-хъ, отъ размѣра первоначальнаго разрыва уретральной стѣнки при вскрытіи абсцесса, а во 2-хъ, — отъ измѣненій, успѣвшихъ произойти въ краяхъ разрыва ко времени образованія камня. Если гной опорожнился черезъ маленькое отверстіе, а края послѣдняго начали уже рубцеваться и стягиваться, то сообщеніе остается узкимъ. Если же абсцессъ вскрывается отверстіемъ широкимъ, а уретральная стѣнка на сравнительно большомъ протяженіи гангренизируется, то отверстіе не можетъ скоро зарубцеваться и черезъ него будетъ, конечно, выступать въ уретру часть поверхности камня. Въ большинствѣ случаевъ при та-

кихъ условіяхъ въ полости образуется камень одинъ, однако нѣкоторые авторы сообщаютъ о находкахъ камней множественныхъ; послѣдніе могутъ произойти и изъ одного, особенно рыхлаго, вслѣдствіе распада ея на части, напр., отъ разрыванія разбухшимъ ядромъ.

Въ андрологической клиникѣ наблюдались и такого рода камни, при томъ — множественные.

#### Наблюденіе VI.

28 октября 1902 г. въ клинику поступилъ Г. Т—въ, 42 л., съ жалобами на мочевою свищъ въ промежности. Въ анамнезѣ можно отмѣтить перелой на 30-мъ году жизни, осложнявшійся, повидимому, простатитомъ. За послѣдніе годы мочева струя становится все тоньше. Года два назадъ на промежности у основанія мошонки была сильная стрѣляющая, дергающая боль, усиливавшаяся при движеніяхъ. Черезъ нѣкоторое время боль стала затихать, а потомъ и совсѣмъ прекратилась. Годъ назадъ боль возобновилась и здѣсь образовался сначала нарывъ, а потомъ и свищъ, черезъ который при каждомъ мочеиспусканіи стала подтекать моча. Свищъ въ мѣстной больницѣ зашивали, а вмѣстѣ съ тѣмъ много разъ пытались провести въ пузырь катетеръ и отвести имъ мочу черезъ уретру, но все неудачно: моча ни разу не выходила по катетеру, а всегда текла или въ свищъ, или мимо катетера; свищъ не заживалъ. При поступленіи въ клинику удалось провести въ пузырь только головчатый бужъ № 7, который въ области свища давалъ ощущеніе твердаго препятствія; въ самомъ пузырь бужъ, повидимому, наткнулся на камень. Мочится больной только 5—6 разъ въ сутки и безъ боли; мочи 1400 к. с., она кислой реакціи, уд. в. 1,020, вся мутная, съ осадкомъ изъ слизи, гноя, уратовъ, эпителия; попадаются кристаллы щавелево-кислаго кальція. Края свища на промежности плотные, каллѣзные. Простата увеличена, болѣзненна, тверда, даетъ ощущеніе крепитации. Больной худъ, истощенъ, съ хроническимъ бронхитомъ и колитомъ.

1 ноября dilatatio urethrae въ одинъ сеансъ бужами Roser'a, видоизмѣненными проф. Синицынымъ. Во время этой операціи нѣкоторые изъ бужей у входа въ пузырь давали ощущеніе царапанія. Катетеръ à demeure. Вечеромъ т<sup>о</sup> тѣла 39,1. Послѣ операціи въ свищъ шла кровь. На другой день катетеръ былъ удаленъ; больной мочится свободно. Повтор-

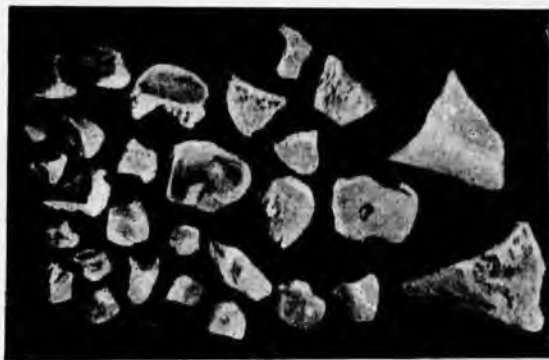


Рис. 9. Фотогр. въ  $\frac{2}{3}$  натур. велич.

ныя изслѣдованія щупомъ и литотрипторомъ (6 и 7 ноября) указывали на камень въ глубинѣ уретры, у самого входа въ пузырь. 9 ноября промежностное сѣченіе. Щипцами изъ простатической полости извлечено около 50 камешковъ, отъ горошины до лѣсного орѣха величиной, изъ которыхъ на 28 были прекрасно выражены фасетки. Много намыто еще песку и мелкихъ обломковъ камней; всего въ сухомъ видѣ 15,0. Высушенные фасеточные камни сѣро-бѣловатаго цвѣта, крайне легки, рыхлы, ломки, разсыпаются въ рыхлый порошокъ отъ легкаго сдавленія пальцами. Въ сыромъ видѣ они были, напротивъ, свѣтло-

бурые, скорѣе—цвѣта темной охры, на фасеткахъ — ясно слоистые, но на изломѣ слоевъ этихъ совсѣмъ нѣтъ. Камни состояли изъ фосфатовъ съ незначительной примѣсью карбонатовъ (Са), а органическою основою ихъ служила безформенная масса изъ мелко зернистаго распада и огромнаго количества кокковъ и бактерій. Солей мочевои кислоты не было и сѣда.

4 января 1903 г. больной оставилъ клинику съ небольшимъ, очевидно заживавшимъ, свищемъ на промежности.



Что камни лежали не въ уретрѣ, а въ простатической полости и при томъ сообщавшейся съ уретрой не широкимъ отверстіемъ, видно изъ того, что при дилатациі *не всякій* зондъ давалъ ощущеніе царапанія по камню. Если бы послѣдній лежалъ въ уретрѣ или вдавался въ нее черезъ широкое отверстіе, то ни одинъ зондъ не миновалъ бы его.

Патогенезъ камня въ данномъ случаѣ, думается мнѣ, ясенъ.

У больного былъ перелойный простатическій абсцессъ, образовалась полость, въ которую стала попадать моча; послѣдняя, смѣшавшись здѣсь съ обрывками тканей, гноемъ, распадомъ, инфицировалась, подверглась щелочному броженію. Получалась такимъ образомъ органическая масса, которая и послужила основой для образованія камней. Простатическая капсула съ теченіемъ времени была узурирована камнями, что и послужило причиною появленія на промежности сначала мочевого затека, а потомъ и свища.

Интересный случай встрѣтился *Rousseau* <sup>35)</sup>; у 45-л. больного уже съ 17-л. возраста выдѣлявшего почечный песокъ послѣдніе 3 года съ мочей выходили мелкіе камешки. Съ 20 л. почти непрерывно страдаетъ гонорреей, никогда какъ слѣдуетъ не лѣченной. Въ 1894 г. послѣ верховой ѣзды почувствовалъ жгучую боль при мочеиспусканіи, въ мочѣ появилась кровь и много гноя. Лѣчили теперь гоноррею и простатитъ, а послѣ — еще и стриктуру уретры. Въ 1895 г. были уже очень частые и болѣзнь. позывы на мочу, было также и обильное гноетеченіе изъ уретры. Головчатый бужъ далъ *Rousseau* ощущеніе камня въ простатической области. Въ маѣ 1895 г. промежностное сѣченіе. Камень въ-сомъ 32,0, длиной 4 сант., шириной и толщиной 3 сант., съ поверхности — фосфатъ, но ядро его было изъ мочевой кислоты. По мнѣнію автора, съ которымъ нельзя не согласиться, камень, вѣроятно, спустился изъ почки и застрялъ въ простатической уретрѣ; здѣсь задержала его, можетъ быть, пораженная перелоемъ, разрыхленная и утолщенная слиз. оболочка, или, что еще вѣроятнѣе, онъ попалъ въ готовое ложе, образовавшееся въ гноившейся железнѣ.

Со свищемъ на промежности больной ушелъ изъ госпиталя, но скоро вернулся по случаю обильнаго гноетеченія изъ уретры. Вновь найденъ на прежнемъ мѣстѣ камень. Расширено свищевое отверстіе и изъ прежней полости удалено было, во-первыхъ — нѣсколько фосфатич. осколковъ стараго камня, а во-вторыхъ — новый камень, чистый уратъ. Черезъ два мѣсяца больной еще разъ вернулся въ госпиталь и тутъ у него нашли, помимо стараго промежностнаго свища, еще свищъ уретро-простато-кишечный. Еще разъ сдѣлано было промежностное сѣченіе, вслѣдъ за которымъ больной умеръ.

Въ первый разъ въ простатическую область попалъ, очевидно, уже готовый камень, гдѣ онъ потомъ и выросъ на счетъ отложеній изъ мочи. Второй камень, чистый уратъ, несомнѣнно спустился изъ почки незадолго до операціи и попалъ въ готовую полость, гдѣ не успѣлъ даже получить фосфатическихъ наслоеній. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ мѣстомъ образованія камней служили ложные ходы или другія какія-нибудь пораненія въ простатической области, особ. осколками камней во время и послѣ литотрипсіи.

Такъ, въ сл. *Guyon'a* (21) во время самобуживанія больной сдѣлалъ себѣ ложный ходъ, за что едва не поплатился жизнью, а черезъ два года послѣ того изъ лѣвой доли предстательной железы удалено было нѣсколько мелкихъ камней.



Роль ложного хода можетъ сыграть и операціонная рана, напр. при промежностномъ камнесъченіи, что и пришлось наблюдать намъ въ андрологической клиникѣ.

### *Наблюденіе VII.*

Въ сентябрѣ 1899 г. поступилъ къ намъ больной З. А—въ, 17 л., съ жалобами на мочевой свищъ на промежности, болѣзненное мочеиспусканіе и кровь въ мочѣ. Уже на 2-мъ году жизни ему было сдѣлано промежностное съченіе по случаю пузырного камня. Послѣ этого до 10 лѣтъ пользовался порядочнымъ здоровьемъ, хотя по временамъ закладывало мочу и съ послѣдней выходили мелкіе камешки. На 11-мъ году рядомъ съ рубцомъ на промежности образовался абсцессъ, самъ вскрывшійся черезъ двѣ недѣли; съ гноемъ вышелъ камешекъ продолговато-овальной формы, длиной въ послѣднюю фалангу указательнаго пальца, мягкій (рыхлый), такъ какъ легко крошился пальцами. Врачи старались закрыть свищъ, образовавшійся на промежности, но безуспѣшно; моча все проходила черезъ него, хотя и въ небольшомъ количествѣ. Съ годъ послѣ того чувствовалъ себя порядочно, однако позывы становились все чаще, при концѣ мочеиспусканія появлялась сильная боль и вмѣстѣ съ тѣмъ — кровь, которая выходила и черезъ уретру, и черезъ свищъ. Въ концѣ марта 1899 г. на промежности образовался новый нарывъ и еще 2 свища. За послѣдніе мѣсяцы при веритикальномъ положеніи тѣла, во время работы, напр., или ходьбы, моча стала вытекать самопроизвольно, неудержимо и непрерывно, капля за каплей. Въ сидячемъ положеніи, или во время сна и вообще при лежаніи на спинѣ, моча произвольно не выходила. Моча съ кровью, очень мутна, съ большимъ кровянисто-гнойнымъ осадкомъ, уд. в. 1,030; за сутки ея — 1600 к. с. Въ простатической уретрѣ щупъ натывается на камень. На промежности, кромѣ 3-хъ свищей, находится еще припухлость въ  $3\frac{1}{2}$ —4 сант. діам., гдѣ подъ кожею прощупывается твердое, бугристое тѣло, очевидно камень, къ которому и прошелъ зондъ черезъ переднее свищевое отверстіе. Простата увеличена, тверда, болѣзненна.

26 сент. свищи были вскрыты до камней, которыхъ щипцами и ложкой извлечено было около 30; наибольшій камешекъ — съ лѣсной орѣхъ. У всѣхъ имѣются фасетки. Заживить свищъ намъ не удалось.

Такой же случай описываетъ *Beraud* (39, obs 16). Больному, 10-л. мальчику, 2 года назадъ сдѣлано было промежностное камнесъченіе. У него теперь появилась лихорадка и болѣзненная, твердая, съ грецкій орѣхъ припухлость на промежности какъ разъ подъ рубцомъ, оставшимся послѣ операціи. Въ уретрѣ и пузырьѣ металлич. зондъ не находитъ ничего ненормальнаго. На 4-й день на промежности черезъ кожу прорѣзался камень съ миндаль величиной. Въ глубинѣ его ложа зондъ нащупывалъ другой камень, за нимъ лежалъ 3-й и т. д. Всего было извлечено ложкой 6 фасеточныхъ камней; сложенные всѣ вмѣстѣ они составили одинъ камень величиной въ персиковую кость. Больной оставилъ госпиталь (*Salpêtrière*) со свищемъ на промежности.

Въ обоихъ приведенныхъ случаяхъ камни развились, вѣроятно, изъ осколковъ, оставшихся въ ранѣ послѣ камнесъченія, при томъ изъ осколковъ мелкихъ, такъ какъ большіе не могли бы, во-первыхъ, остаться въ ранѣ незамѣченными, а во-вторыхъ, — они гораздо раньше начали бы давать о себѣ знать больному. Нѣкоторые авторы утверждаютъ, что мелкіе камешки могутъ застревать и потомъ вырастать въ отверстіяхъ выводныхъ протоковъ самой простаты, въ *duct. ejaculator.*, *in utriculo masculino* и т. п. Иногда дивертикулярные камни, разрушивши капсулу железы и очутившись въ промежности, достигаютъ весьма значительныхъ размѣровъ и такъ выпячиваютъ промежность, что образуютъ особый мѣшокъ въ родѣ второй мошонки.

Подобный камень встрѣтилъ много лѣтъ назадъ покойный проф. Синицынъ у одного больного въ г. Старицѣ; изъ большого мѣшка на промежности извлеченъ былъ камень - фосфатъ яйцевидной формы, нѣсколько сплюснутый, длиной  $9\frac{1}{2}$ , шириной 7,8 сант., вѣсомъ 337,0. Ядро камня составлялъ уратъ въ  $\frac{3}{4}$  сант. діаметромъ. Такого рода камни могутъ быть названы „*urethro-prostato-perineales*“. Послѣ ихъ удаленія обыкновенно остаются трудно устранимые уретро-простато-перинеальные свищи.

Интересный случай такого камня встрѣтился намъ въ андрологической клиникѣ.

### Наблюденіе VIII.

1901 г. 10 ноября въ клинику поступилъ И. Д—въ, 40 л., съ болѣзненной припухлостью и мочевымъ свищемъ на промежности. 22-хъ л. онъ имѣлъ перелой, а съ 29 л. сталъ и днемъ и ночью мочиться очень часто. Съ годъ назадъ на промежности появилась болѣзненная опухоль, но она скоро исчезла, только съ этого времени послѣ каждого мочеиспусканія нижнее бѣлье больного оказывалось подмоченнымъ.

Такъ шло дѣло мѣсяцевъ пять, въ теченіе которыхъ Д—въ былъ увѣренъ, что моча у него почему-то подтекаетъ черезъ задній проходъ и не беспокоился на этотъ счетъ, такъ какъ мочиться было не больно. Семь мѣсяцевъ назадъ на промежности опять появилась припухлость съ  $\frac{1}{2}$  лѣсного орѣха, болѣзненная и твердая, не дававшая ни сидѣть, ни ходить. Рядомъ съ этою припухлостью появилась другая, большей величины, но мягкая, скоро превратившаяся въ нарывъ; послѣдній былъ вскрытъ врачомъ, а меньшая опухоль теперь стала съ грецкій орѣхъ. Мочится больной разъ 8 въ сутки безъ боли, мочи 1400 к. с., она чиста, прозрачна, кислой реакціи, уд. в. 1,015. Уретра не сужена. Подъ кожей промежности прощупывается твердое, бугристое тѣло. Здѣсь же находятся два свищевыхъ отверстія, одно у основанія мошонки, а другое — на переднемъ краю заднепроходнаго отверстія. Черезъ свищи зондъ проходитъ къ твердому тѣлу, оказавшемуся камнемъ. При каждомъ мочеиспусканіи моча показывается только черезъ свищъ передній. Простата не увеличена, неравно-мѣрной консистенціи, особенно въ правой долѣ.

14-го ноября промежностное сѣченіе. Камень шероховатый, съ грецкій орѣхъ, темно-бураго цвѣта, плотный, вѣсомъ 15,0, повидимому уро-оксалатъ, удаленъ былъ очень легко. Высушенный, — онъ потерялъ свою прежнюю окраску, сталъ легкимъ, бѣлесоватымъ. На распилѣ видна слабая слоистость; болѣе темное ядро состоитъ изъ 3-хъ отдѣльных кусковъ, между которыми и скорлупой видна щель, такъ что куски ядра нѣсколько подвижны. Ядро состоитъ изъ уратовъ, а скорлупа — изъ фосфатовъ (рис. 10).



Рис. 10. Фотогр.  
въ натур. велич.

Изъ ложа камня свищевой ходъ велъ въ простатическую часть уретры черезъ простату, въ которой *per rectum* и можно было прощупать конецъ зонда. 16 января 1902 г. Д—въ вышелъ изъ клиники здоровымъ; свищъ закрылся.

Въ данномъ случаѣ блуждающіе камешки (ядро) застряли, вѣроятно, въ простатической уретрѣ вслѣдствіе рыхлости, набухлости слизистой оболочки, пораженной хроническимъ перелоемъ. Камни узурировали заднюю стѣнку уретры и вызвали нагноеніе въ простатѣ, абсцессъ, въ полости котораго они увеличились и потомъ положили себѣ ходъ черезъ простатическую капсулу въ промежность. Свищи явились результатомъ гнойно-мочевыхъ затековъ. Дальнѣйшій

рость камня происходилъ отчасти въ полости железы, отчасти въ промежности.

Другой такой же случай наблюдался въ андрологической клиникѣ въ 1906 году.

### *Наблюденіе IX.*

Больной М. Х—въ, 36 л., поступилъ въ клинику съ жалобами на постоянное выходѣ мочи черезъ обширный промежностный свищъ.

Въ раннемъ дѣтствѣ у него по временамъ закладывало мочу и онъ мучился отъ болей при мочеиспусканіи. Боли потомъ прошли сами собою. На 19 году женился; есть дѣти. Лѣтъ 23-хъ—25-ти имѣлъ длительный перелой и мягкій шанкръ. До 34 л. чувствовалъ себя хорошо, занимался крестьянскимъ хозяйствомъ, однако мочился часто. Еще черезъ годъ появились учащенные и болѣзненные позывы, мочеиспусканіе стало очень болѣзненнымъ, особенно подъ конецъ акта, боли отдавались въ головку penis. Въ промежности ощущалась постоянная тупая, тянущая боль, мѣшавшая сидѣть. Съ весны 1906 г. позывы стали такъ часты и настойчивы, что Х—въ рѣшительно не могъ съ ними справиться. Днемъ онъ успѣвалъ еще принимать кое-какія мѣры предосторожности, а ночью моча всегда уходила въ постель. Наконецъ, моча и днемъ и ночью стала уходить непроизвольно, непрерывно, капля за каплей, уже безо всякихъ позывовъ. Въ половинѣ августа 1906 г. подъ мошонкою на промежности образовалась болѣзненная опухоль. Мѣстный врачъ нашелъ подъ кожей промежности камень и предложилъ операцію. Послѣдняя была сдѣлана въ деревенской избѣ, безъ анестезіи. Камень былъ такъ великъ и такъ крѣпко сидѣлъ на мѣстѣ, что пришлось его разломить и удалять по частямъ. Камень былъ желтый, снаружи рыхлый, а внутри, какъ говорилъ больному хирургъ, темный и очень крѣпкій. Послѣ операціи моча непрерывно вытекала лишь черезъ широко зіявшее на промежности отверстіе, а черезъ уретру больше не показывалась.

При поступленіи въ клинику общее состояніе больного было плохо: онъ худъ, истощенъ, вялъ, апатиченъ; аппетита нѣтъ, жажда усилена. Лѣвая почка чувствительна. Моча щелочная, мутная, съ большимъ гнойнымъ осадкомъ, зловонная, уд. в. 1,010, съ  $\frac{1}{4000}$  бѣлка. На кожѣ головки penis 2 рубца — слѣды шанкра. Уретра на глубинѣ 10 сант. отъ orif. exi. совершенно непроходима ни для инструментовъ, ни для жидкости; она въ этомъ мѣстѣ атрезирована приблизительно на протяженіи одного сантим. и зондъ, введенный въ уретру, прощупывается въ толщѣ верхнепередней стѣнки свища. На лѣвой половинѣ мошонки есть рубецъ, — слѣдъ и здѣсь бывшаго нарыва; рубецъ этотъ имѣетъ связь съ уплотненнымъ придаткомъ лѣваго яичка. Экзема кожи мошонки, бедеръ, ягодицъ и пр. Платье больного пропитано мочей и весь онъ издаетъ страшное зловоніе. Свищевой ходъ на промежности такъ широкъ, что свободно пропускаетъ указательный палецъ. Простаты нѣтъ и слѣда.

7-го ноября сдѣлано разсѣченіе, со стороны свища, облитерированнаго мѣста уретры на концѣ введеннаго въ уретру зонда. Вслѣдъ затѣмъ уретра расширена бужами до № 26, въ пузырь проведенъ и оставленъ à demeure шелковый катетеръ № 22. На слѣдующій день оказалось, что по катетеру мочи шло очень мало: вся она попрежнему выходила черезъ промежностный свищъ. Опухли и болятъ оба придатка яичекъ. Т° — 39,7. Послѣ этого наши неоднократныя попытки заживить, зашить свищъ не удались. Очевидно, пузырьной полости болѣе не существовало, стѣнки пузыря успѣли склерозироваться и утратили свою растяжимость, сфинктеръ и компрессоръ уретры исчезли; моча изъ мочеточниковъ поступала прямо въ клоаку, открывавшуюся на промежность. Состояніе больного все ухудшалось. Увеличилась и стала болѣть правая почка. Появился поносъ, тошнота, рвота, жажда, сухость во рту; количество мочи уменьшилось, она стала кровянисто-гнойной. Въ такомъ положеніи больной взятъ былъ родственниками на свое попеченіе.

Въ данномъ случаѣ мы должны предположить, что въ дѣтствѣ у больного закладывало мочу камешками, которые, вѣроятно, и позже

выходили съ мочей, но по своей некультурности больной не обращалъ на это никакого вниманія. Длительная гоноррея оставила послѣ себя суженіе мочеиспускательнаго канала. Выходившій изъ пузыря (resp. почекъ) камень застрялъ въ застриктурной, надо полагать — простатической уретрѣ откуда проложилъ себѣ путь въ простату и потомъ на промежность. Раннее появленіе частыхъ и неудержимыхъ позывовъ на мочу говоритъ за то, что камень занялъ съ самаго начала не одну только простатическую утерту, но и такъ называемую шейку пузыря.

#### Наблюденіе X.

Той же причинѣ обязанъ своимъ происхожденіемъ уретро-простато-перинеальный камень у другого нашего больного, А. С—ва, 39 л., поступившаго 27 сентября 1897 года въ андрологическую клинику съ жалобами на затрудненное мочеиспусканіе, а вмѣстѣ съ тѣмъ — на непрерывное и произвольное выходженіе мочи.

Съ 19 л. С—въ женатъ, есть дѣти. 25-ти лѣтъ, въ бытность на военной службѣ, много пьянствовалъ, заразился перелоемъ, имѣлъ мягкій шанкръ; послѣдній разрушилъ головку penis и graecutium. Перелой тянулся 8 мѣсяцевъ, осложнялся эпидидимитомъ и простатитомъ; въ теченіе послѣдняго произошло на цѣлыя сутки полное задержаніе мочи. Черезъ годъ задержаніе повторилось на 12 часовъ; больной лежалъ въ это время въ госпиталѣ по случаю повторившагося эпидидимита. Уретру и пузырь въ госпиталѣ не изслѣдовали; моча послѣ задержки пошла сама собой, но уже тоненькой струйкой, съ натугой и съ легкою болью. Послѣ этого въ теченіе 9 лѣтъ (до 1894 г.) мочился часто, съ натугами, моча сдѣлалась мутной. Въ 1894 г. получилъ новый перелой. Въ мартѣ 1897 г., при наличности тоже свѣжаго перелоя, болѣли оба колѣна. Съ этого времени моча стала самопроизвольно подтекать въ бѣлье, а мочиться стало трудно.

При поступленіи С—ва въ клинику у него было гонорройное пораженіе нѣсколькихъ сочлененій. Перерастянутый мочею пузырь выпячивался надъ лобкомъ. Обѣ почки увеличены и болѣзненны. Моча днемъ и ночью, непрерывно капля за каплей, самопроизвольно течетъ изъ уретры. In statu eхеundi она слабо-кислой реакціи, уд. в. 1,017, очень мутная, даетъ большой осадокъ гноя и фосфатовъ; крови и цилиндровъ въ осадкѣ нѣтъ. Конецъ penis представляетъ твердый воронкообразный рубецъ, съ едва пропускающимъ головку тоненькаго зонда отверстіемъ по срединѣ. Уретра partis pendulae утолщена и уплотнена. Экзема кожи гениталій и прилежащихъ частей. Слоновость мошонки. Varicosele bi lateralis. При ощупываніи промежности въ глубинѣ ея ощущается крепитация. Простата не велика, но тверда и очень болѣзненна. Въ ней — то же крепитация. Больного одолеваетъ еще очень частыя, сильныя, продолжительныя и болѣзненныя эрекціи. Coitus и особ. ejaculatio seminis также крайне болѣзненны, что и заставило больного послѣдніе 4 мѣсяца совершенно удерживаться отъ половыхъ сношеній, несмотря на чрезвычайно повышенное libido sexualis. При coitus сѣмя появлялось изъ уретры обыкновенно только спустя нѣсколько минутъ по окончаніи акта, мало-по-малу.

27 сент. приступлено было къ расширенію стриктуры, но первые же металлическіе (№№ 3 и 6) бужи Roser'a отчетливо указали на присутствіе камня въ простатической уретрѣ. Промежностное срединное сѣченіе. Черезъ рану изъ простатической полости извлечено щипцами 9 камешковъ мелкихъ, изъ которыхъ самый большой былъ съ лѣсной орѣхъ; всѣ они съ фасетками и въ сухомъ видѣ вѣсили лишь 2,5 грамма. Камешки совершенно бѣлаго, фарфороваго цвѣта, съ гладкой, блестящей поверхностью, закругленными углами, хотя и твердые, но очень хрупкіе, въ изломѣ мелко-слоистые; состоятъ они изъ углекислой извести съ едва замѣтною примѣсью фосфатовъ. Стриктура канала оказалась очень неподатливой, вслѣдствіе чего и сдѣлана была urethrotomia interna, поставленъ à demeure катетеръ, черезъ который моча выпускалась каждыя 2 часа. Состояніе боль-

ного быстро пошло на улучшение; боли въ сочлененіяхъ тоже скоро прошли. Рана на промежности зажила. 17 окт. больной мочился безъ катетера черезъ 2—3 часа. Изъ клиники вышелъ съ небольшою атоніей пузыря.

Въ этомъ случаѣ мы имѣли дѣло съ т. наз. *incontinentia urinae paradoxa*, какъ послѣдствіемъ перерастяженія пузыря вслѣдствіе суженія уретры. Переполненіе пузыря повлекло за собою расширеніе мочеточниковъ и почечныхъ лоханокъ (*hydronephrosis*), на что указывало увеличеніе и болѣзненность почекъ. Оба эти припадка исчезли послѣ операціи. Болѣе серьезнаго пораженія (почечной паренхимы) не было. Особеннаго вниманія заслуживаетъ въ данномъ случаѣ рѣзкое *повышеніе половой функціи*, вызывавшееся присутствіемъ раздражавшихъ *colliculum seminale* камней; кромѣ того камни сдавливали отверстія выбрасывающихъ сѣменныхъ протоковъ и тѣмъ, заодно со стриктурою, вызывали болѣзненность *ejaculationis seminis* и самыхъ эрекцій. *Post orgasmum sperma* задерживалась въ камневой полости, откуда черезъ суженную уретру могло вытекать лишь долго спустя и по каплямъ.

#### *Наблюденіе XI.*

Въ томъ же родѣ представляется исторія болѣзни еще одного нашего больного А. Ш—ва, 38 л., поступившаго 2 окт. 1901 г. въ андрологическую клинику по поводу мочевыхъ свищей.

Съ 19 л. женатъ, имѣетъ 5 дѣтей. На 25 году, будучи солдатомъ, имѣлъ острый правосторонній эпидидимитъ, лежалъ въ госпиталѣ; ни перелоя, ни травмы передъ этимъ не было. Весной того же года появилась боль при мочеиспусканіи, особ. въ концѣ акта; лѣчился въ госпиталѣ ваннами. Послѣ того до 33 л. работалъ дома и чувствовалъ себя хорошо, но много пьянствовалъ. Съ 33 л. начались болѣзненные закладыванія мочи, а еще черезъ годъ на промежности появился нарывъ, черезъ нѣсколько дней вскрывшійся наружу двумя отверстіями, изъ которыхъ вмѣстѣ съ гноемъ шла и моча. Съ этого времени и появилось непрерывное подтеканіе мочи черезъ промежностные свищи. При натуживаніи моча выходила и черезъ уретру, и тоже помимо воли больного. Задній свищъ скоро закрылся. Еще черезъ 1/2 года больной легъ въ мѣстную больницу, гдѣ у него сбоку *penis* у корня мошонки появился абсцессъ, при вскрытіи котораго съ гноемъ вышелъ плотный, съ лѣсной орѣхъ, камешекъ, послѣ чего и здѣсь остался мочевой свищъ. За время пребыванія въ больницѣ (5 недѣль) изъ промежностнаго свища выходили то песокъ, то мелкіе камешки, мягкіе и твердые. Общее состояніе больного теперь плохо; аппетита нѣтъ, языкъ сухъ, обложенъ, слабитъ жидко, раза по 3 въ день, жажда сильная. Сна нѣтъ. Отекъ лодыжекъ. Слабость, апатія. Почки не болѣзненны. *Позывы* на мочу почти *бестерривные*. Моча непрерывно течетъ черезъ свищи, а при какомъ-нибудь натуживаніи—и черезъ уретру; за сутки ея собрано 2000 к. с., она даже *in statu exeundi* щелочная, мутная и зловонная, съ ясною примѣсью крови, уд. в. 1,017, даетъ обильный осадокъ гноя и фосфатовъ. На промежности, влѣво отъ *garhe*, въ глубинѣ тканей прощупывается твердое тѣло съ лѣсной орѣхъ. Ощупываніе болѣзненно. Отъ свища у основанія *penis* въ толщѣ тканей прощупывается какъ бы снуръ въ гусиное перо толщиною, направляющійся черезъ основаніе мошонки кзади, къ промежности. Контуровъ простаты опредѣлить невозможно, такъ какъ вся простатическая область представляетъ одну общую, плотную, плоскую, склерозированную массу. При изслѣдованіи уретры щупомъ послѣдній въ глубинѣ натывается на камень. По мандрину проведенъ въ пузырь и оставленъ *à demeure* эластическій катетеръ, давшій при прохожденіи простатической части то же ощущеніе царапанія о камень.

5-го окт. промежностное сѣченіе. Камень оказался такимъ объемистымъ, что цѣликомъ извлечь его было невозможно; при попыткахъ покрѣпче захватить его онъ, казалось, разломился и былъ потомъ извлеченъ по частямъ. Въ массѣ обломковъ оказались, однако, цѣльные фасеточные камни. Камни всѣ изъ фосфатовъ и вѣсили въ сухомъ видѣ 10 граммовъ; органическою основою для нихъ служилъ зернистый распадъ и огромное количество бактерій и кокковъ.

13-го ноября сдѣлана была попытка закрыть свищъ, удавшаяся, однако, неполнѣ. 23-го ноября операція была повторена, но тоже безъ результата, такъ какъ моча продолжала проходить въ свищъ. За время пребыванія въ клиникѣ состояніе больного значительно улучшилось; моча стала слабо-кислой, гораздо чище. У больного вырабатывалась способность на короткое время удерживать мочу (на  $\frac{1}{2}$  часа и даже болѣе). Уретра расширена до № 51 Бенике.

Въ данномъ случаѣ камень занималъ, очевидно, не только всю простатическую, но отчасти и мембранозную части, такъ какъ compressor urethrae совершенно не дѣйствовалъ. Камень состоялъ изъ многихъ фасеточныхъ камешковъ, которые и давали ощущеніе крепитаціи; при захватываніи щипцами они разъединились, при чемъ нѣкоторые изъ нихъ были раздавлены. Какъ образовался свищъ у корня penis и откуда взялся въ немъ камень,—объяснить трудно. Вѣроятно же всего, дѣло происходило такъ, что при опусканіи камней изъ простатической полости въ промежность произошелъ мочевоѣ затекъ; часть мочи прѣложила себѣ путь вверхъ къ корню penis, гдѣ потомъ образовался нарывъ и свищъ. Что это произошло именно такъ,—доказательствомъ служить вышеописанный рубцовый тяжъ, направляющійся отъ верхняго свища черезъ мошонку въ толщу промежности къ свищу нижнему. Слѣдов., въ верхнемъ свищѣ камень образовался самостоятельно изъ солей затекавшей сюда и разлагавшейся мочи, гноя и бактерій.

### *Набл. XII.*

Еще интересный случай дивертикулярныхъ камней наблюдался въ андрологической клиникѣ у больного М. Б.—го, 52 л., поступившаго къ намъ 15 ноября 1906 г. съ жалобами на непроизвольное, непрерывное днемъ и ночью теченіе мочи изъ уретры.

Его родной братъ страдалъ каменной болѣзнію и подвергался по этому поводу операціи. Самъ Б. съ 20 л. злоупотреблялъ алкоголемъ, особ. послѣднія 5—6 лѣтъ; женатъ, имѣетъ дѣтей. 32 л. онъ упалъ съ лошади и жестоко ушибъ лѣвый бокъ (область почки), который болѣлъ недѣль шесть. Лѣтъ 5 назадъ замѣтилъ, что послѣ мочеиспусканія нѣкоторое количество мочи самопроизвольно подтекаетъ у него въ бѣлье и что истеченіе этой мочи онъ ни удержать, ни предупредить не можетъ. Позывы на мочу съ теченіемъ времени стали учащаться, дѣлались все настойчивѣе и вмѣстѣ съ тѣмъ болѣзненнѣе, а моча помимо воли и желанія больного стала выходить все чаще и чаще, все въ большемъ и большемъ количествѣ; послѣдніе 3 года она стала уходить непрерывно днемъ и ночью и такъ, что больной даже не знаетъ, течетъ она въ данный моментъ, или нѣтъ. Несмотря на постоянное подтеканіе мочи, появляются, однако, и обычные позывы, очень къ тому же болѣзненные, но они не сопровождаются выбрасываніемъ мочевоѣ струи, а только даютъ ускореніе теченію мочи по каплямъ, да еще вызываютъ появленіе съ мочею крови. Мѣстный врачъ изслѣдовалъ уретру и пузырь щупомъ, но никакого посторонняго тѣла тамъ не нашелъ. Моча стала мутною. Больной, тѣмъ не менѣе, продолжалъ заниматься сельскимъ хозяйствомъ, хотя всякія энергичныя движенія, особ. ходьба и ѣзда, ухудшали его состояніе, которое за послѣдній годъ стало уже совсѣмъ плохо;

боли распространялись на penis, мошонку, промежность, бедра и нижнюю часть живота. работать болѣе онъ былъ не въ силахъ, что, наконецъ, и заставило его лечь въ клинику.

Тѣлосложеніе крѣпкое, но больной истощенъ и очень худъ; аппетита нѣтъ, языкъ обложенъ, запоры по 2—3 дня, смѣняющіеся поносами. Артеріосклерозъ. Печень увеличена. Сна нѣтъ отъ болей, позывовъ на мочу, постоянной сырости и вони. Настроение глубоко подавленное. Апатія. Т° тѣла 38,5 — 38,9. Мочевой пузырь на 1½ пальца выдается изъ-за лобка. Моча мутная, щелочная, зловонная, уд. в. 1,018, даетъ обильный осадокъ изъ гноя и фосфатовъ. In statu eхeundi она бываетъ то нейтральной, то даже слабо-кислой. Головчатый катетеръ Гюйона упирается въ простатическую уретрѣ въ твердое препятствіе. Металлическій щупъ даетъ ясное ощущеніе камня. Простата велика, тверда, болѣзненна, даетъ ощущеніе неясной, нѣжной, какъ бы воздушной крепитации. 13-го ноября съ большимъ трудомъ проведенъ былъ и оставленъ à demeure катетеръ Мерсье № 17, который на слѣдующій день замѣненъ былъ съ помощью мандрина катетеромъ Нелатона № 20; черезъ послѣдній неожиданно пошелъ *вонючій гной* въ количествѣ 60—70 к. с. На слѣдующій день состояніе больного стало хуже, хотя моча чище и слабо-кислой реакціи, температура послѣ вечерняго озноба поднялась до 39,9; ночью бредъ, а на утро т° 40,2. Появились воспалительная краснота и отекъ покрововъ penis, боли по всему стволу. Катетеръ удалили. 17-го т° тѣла 38,5—39,9. Моча опять щелочная и мутная. *Мочевая инфильтрація въ ткани penis, мошонки и промежности*, гдѣ и были сдѣланы проф. *Синицыны* глубокіе разрѣзы. Черезъ глубокій, до самой уретры, разрѣзъ на промежности въ пузырь проведенъ дренажъ. По вскрытіи гнойника in angulo репо-scrotali въ глубинѣ его можно было видѣть омертвѣвшую на протяженіи 4—5 сант. нижнюю стѣнку уретры. 26-го ноября черезъ промежностную рану пальцемъ дошли до камня. Некротизированныя части уретры отпали; отъ верхней и боковыхъ ея стѣнокъ на протяженіи 4 сант. остался только узкій мостикъ. Черезъ промежностную рану щипцами извлечено было (28-го ноября) болѣе 20 различной величины фасеточныхъ камней, намыто много песку и обломковъ; въ сыромъ видѣ камни были желто-бураго цвѣта, тяжелы и тверды, на фасеткахъ — ясно слоисты, причемъ темно-бурые слои чередовались съ желто-бурыми. На высушенныхъ камняхъ фасеточная слоистость едва замѣтна, камни



Рис. 11. Фотогр. въ 2/3 натур. велич.

стали сѣровато-бѣлесоватыми, очень легкими и всѣ вмѣстѣ вѣсили только 50 грам. (Рис. 11 представл. только камни съ фасетками).

Сухіе камни были очень рыхлы, легко раздавливались пальцами. Сравнительно болѣе плотностію еще обладала ихъ тонкая скорлупа, а внутри многіе камешки оказались даже полыми. Слоистость дальше скорлупы не проникала. Изъ числа сырыхъ фасеточныхъ камней взять одинъ маленькій, вѣсомъ 0,5 грамм. Послѣ высушиванія при 95—100° С. вѣсъ его сталъ 0,32, а послѣ прокаливанія на пламени до красна — 0,23 грамма. Мурексидная проба дала отрицательный результатъ. Взять былъ другой сухой камешекъ. При дѣйствіи разведенной HCl камень растворялся очень мало, съ едва замѣтнымъ образованіемъ пузырьковъ СО<sub>2</sub>; подогреваніе усиливало раствореніе и выдѣленіе газа. Азотная кислота дѣйствовала такъ же. По раствореніи солей отъ камня оставалось какое-то рыхлое органическое вещество, которое подъ микроскопомъ оказалось состоящимъ изъ однихъ только бактерій и кокковъ. Передъ микроскопическимъ изслѣдованіемъ остатокъ обрабатывали ѣдкимъ кали, эфиромъ, алкоголемъ, амміакомъ и др., но отъ этихъ реагентовъ онъ не измѣнялся, только распался на мелкіе комочки и въ жидкостяхъ давалъ



мутъ. Окраска показала, что остатокъ составляли *bact. coli* и стафилококки.

Въ послѣдующіе дни изъ глубины промежностной раны вышло еще 6 мелкихъ фасеточныхъ камешковъ.

Состояніе больного быстро пошло на улучшеніе. Нѣсколько попытокъ закрыть свищи сначала потерпѣли неудачу, но въ концѣ концовъ некротизировавшаяся часть уретры была восстановлена пластической операціей, а свищъ на промежности сталъ при мочеиспусканіи пропускать не болѣе 2—3 капель мочи. Оставалась еще на  $\frac{1}{3}$  атонія пузыря.

6 марта 1907 г. мочевоу пузырь съ цѣлью опредѣленія проходимости промежностнаго свища былъ наполненъ борнымъ растворомъ и больному предложено помочиться; при этомъ оказалось, что въ свищъ вода просачивалась едва замѣтно, но, къ нашему удивленію, съ водою вышелъ изъ уретры камень кругловато-овальный, не фасеточный, темно-бурый, съ кедровый орѣхъ, *чистый уратъ*.

11-го марта Б. вышелъ изъ клиники здоровымъ.

Въ этомъ случаѣ простатическая камневая полость, несомнѣнно, имѣла сообщеніе съ уретрой и не узкимъ отверстіемъ, такъ какъ уже при первомъ изслѣдованіи больного въ клинической амбулаторіи камни нащупывались зондомъ въ уретрѣ. Растягивая сфинктеры, камни парализовали ихъ дѣйствіе; вмѣстѣ съ тѣмъ, вдаваясь въ просвѣтъ уретры, они сами запирали свободный выходъ мочѣ, а нѣкоторые изъ нихъ, вѣроятно, занимали даже пузырную шейку; такими обстоятельствами только и можно объяснить постоянное, произвольное истеченіе мочи, отсутствіе мочевоу струи даже при тнезмахъ, боли и кровь при концѣ мочеиспусканія. Почему до нашего вмѣшательства гной изъ простатической камневоу полости не выходилъ въ уретру? Вѣроятно, выступавшій въ просвѣтъ уретры камень плотно закрывалъ собою простато-уретральное отверстіе, а когда проводили катетеръ, — послѣдній отодвинулъ камень и тогда гнойная полость опорожнилась.

Патогенезъ камней въ данномъ случаѣ остается не совсѣмъ яснымъ отчасти потому, что невозможно было собрать отъ больного точныхъ анамнестическихъ данныхъ; вслѣдствіе нетрезвоу жизни Б. многое позабывалъ, а многого, можетъ быть, и не создавалъ.

Такъ какъ камни были относительно плотны только съ поверхности, а внутри — рыхлы и даже поры, то необходимо предположить, что ядромъ для нихъ не служили камни экзотическіе, блуждающіе; камни, слѣд., зародились и росли въ сторонѣ отъ тока мочи, въ инфицированномъ ложѣ, гдѣ было нагноеніе и происходило выпаденіе щелочныхъ солей въ свертки изъ распада, слизи, гноя и бактерій. Только снаружи такихъ свертковъ, когда въ гнойную полость получила болѣе свободный доступъ моча, образовалась хотя тонкая, но болѣе плотная скорлупа. Что касается урата, вышедшаго у больного въ послѣдніе дни пребыванія его въ клиникѣ, то онъ былъ, очевидно, почечнаго происхожденія и только что спустился въ пузырь.

#### *Наблюденіе XIII.*

Послѣдній случай дивертикулярныхъ камней наблюдался въ андрологической клиникѣ, можно сказать, на-дняхъ.



Больной Е. К—ръ, 43 л., поступилъ къ намъ 26-го сентября текущаго года съ жалобами на мочевые свищи на промежности, учащенное и болѣзненное мочеиспускание.

18 лѣтъ онъ заразился перелоемъ; болѣзнь тянулась 3 года, въ концѣ которыхъ на промежности образовался абсцессъ и мочевой свищъ. Вскорѣ тамъ же появился второй абсцессъ и второй свищъ. Еще черезъ  $\frac{1}{2}$  года въ клиникѣ покойнаго проф. *Склифасовскаго* нашли у больного суженіе уретры, долго бужировали, а мочиться позволяли лишь съ помощью катетера. Черезъ 5 мѣсяцевъ свищи закрылись. Съ 24 л. больной сдѣлался потаторомъ. На 28 году получилъ новый перелой, вновь открылись свищи, закрывшіеся черезъ  $1\frac{1}{2}$  года. На 33 году третье зараженіе перелоемъ, свищи снова открылись и съ того времени существуютъ до сихъ поръ. Съ 1899 г. мочится съ потугами, при чемъ большая часть мочи выходитъ черезъ свищи. Съ 1901 г. появились стрѣляющія, дергающія боли въ заднемъ проходѣ и въ промежности, мутная моча и лихорадка. Съ 1905 г., спустя нѣкоторое время послѣ каждого мочеиспусканія, порядочное количество мочи непроизвольно стало по каплямъ подтекать изъ свищей въ бѣлье, а мочеиспускание стало такъ затруднительно и болѣзненно, сопровождалось такими жиленіями, натугами, что выпадала заднепроходная кишка, образовалось много геморроидальныхъ шишекъ, упускались газы и нерѣдко — экскременты. Съ того же времени пришлось прекратить coitus, т. к. *ejaculatio seminis* стало крайне *болѣзненнымъ*. Мочится теперь каждые  $1\frac{1}{2}$  — 2 часа, моча инфицирована. Предстательная железа велика, тверда, узловата, болѣзненна; въ лѣвой ея долѣ ощущается крепитация. Въ простатической уретрѣ лежитъ камень. На промежности 2 свища.

9-го октября операція (проф. *Мартыновъ*). Обычный преректальный разрѣзъ. По пути къ предстательной железнѣ въ свищевомъ ходѣ встрѣтили небольшую полость, въ которой лежалъ камешекъ, съ кедровый орѣхъ величиной. Изъ обширной простатической полости извлекли 8 фасеточныхъ камней, величиной отъ лѣснаго орѣха до  $\frac{1}{2}$  грецкаго. Будучи сложены вмѣстѣ фасетками, камни образуютъ одинъ большой, съ мандаринъ, почти круглый, съ темно-бурой и шероховатой поверхностью. Всѣхъ камней (сухихъ) 30 граммовъ; камни — фосфаты. Вмѣщавшая ихъ полость имѣла обширное сообщеніе съ простатической уретрой.

Въ началѣ декабря больной вышелъ изъ клиники по семейнымъ обстоятельствамъ съ незажившимъ свищемъ на мѣстѣ раны.

Исторія образованія свищей и камней въ данномъ случаѣ была вѣроятно, такова.

Результатомъ перваго же перелоя явилось съ одной стороны суженіе мочеиспускательнаго канала, а съ другой — гнойникъ простаты, опорожнившійся въ уретру, попаданіе мочи въ простатическую полость, оттуда — затекъ мочи въ толщу промежности, образованіе абсцессовъ и свищевыхъ отверстій. Камни образовались въ простатической полости изъ гноя и солей застаивавшейся и разлагавшейся тамъ мочи.

Нужно замѣтить, что значительное большинство описанныхъ въ медицинской литературѣ т. наз. простатическихъ камней относится именно къ группѣ камней *уретро-простатическихъ дивертикулярныхъ*. Такъ 'это и было въ сл., напр., *Dupuytren'a*, *Vaux*, *Civial'a*, *Bird'a*, *Barker'a*, *Fergusson'a*, *Bonnafond'a*, *Mazzoni*, *Malteste'a*, *Benteix'a*, *Legueu*, *Rousseau*, *Guyon'a*, *Tarnaud* и др.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ камни этого рода вслѣдствіе ли своихъ размѣровъ или конфигураціи, а можетъ быть и характера самой инфекціи (tbc), разрушая простатическую капсулу, узурируютъ пе-

реднюю стѣнку прямой кишки и выпячиваются въ ея просвѣтъ.

Такимъ образомъ получаются *камни уретро-простато-ректальные*.

Такъ, въ сл. *Mahlez* (39, obs. 28) у больного съ т б с. простаты мочеиспускание было свободно и малоболѣзненно, но зато, спустя нѣкоторое время послѣ него, каждый разъ изъ задняго прохода выливалось ок. 20 — 30 к. с. мочи. Это наводило автора на мысль о существованіи особой полости, лежащей ниже пузыря и сообщаемой съ rectum. При подробномъ изслѣдованіи больного въ простатѣ и простатической уретрѣ найдены камни. Черезъ преректальный разрѣзъ *Amussat* удалилъ 6 фасеточныхъ камней въ видѣ трехгранныхъ пирамидъ, съ поверхности слоистыхъ, состоявшихъ изъ чередующихся слоев углекислой извести и фосфорно-кислой амміакъ-магнезій. Къ сожалѣнію, авторъ ничего не сообщаетъ о дальнѣйшей судьбѣ ни самого больного, ни его уретро-простато-ректального свища.

Болѣе подробно описанъ интересный случай *Devin'a* (39, obs. 32). Студентъ, 29 л., болѣвъ 6 лѣтъ; началось дѣло съ двусторонняго эпидидимита, а потомъ — образованія абсцессовъ и свищей на промежности. Перелоя никогда не было. Въ октябрѣ 1870 г. найденъ простатическій камень. Промежностное сѣченіе. Извлечено 3 камня въ видѣ пирамидокъ. Вслѣдъ за операцией черезъ уретру и промежностную рану пошли фекальные массы. Послѣ продолжительнаго лѣченія все-таки остались свищи на промежности и въ rectum. Въ 1871 г. въ одномъ изъ промежностныхъ свищей нащупанъ камень. Изслѣдованіе рег rectum показало, что камень торчитъ въ полость прямой кишки. Зондъ въ простатической уретрѣ тоже натолкнулся на камень. Двигая послѣдній введеннымъ въ уретру инструментомъ, можно было введеннымъ въ rectum пальцемъ отчетливо убѣдиться въ томъ, что тамъ и тутъ — камень одинъ и тотъ же. Позывы на мочу непрерывные, но мочеиспускание малоболѣзненно, при чемъ часть мочи идетъ въ rectum, а немного спустя послѣ акта мочеиспусканія она показывается и черезъ промежностные свищи. Со времени первой операціи *libido vaginalis* угасло, ни разу не было ни эрекцій, ни поллюцій.

Подъ наркозомъ удалены были всѣ рубцы и всѣ свищи; извлечено было десять камней неправильной формы, изъ которыхъ самый большой — съ бобъ. Палецъ черезъ рану свободно проникъ въ пузырь, гдѣ нащупалъ осколки камня, которые и были удалены ложкой; шейка пузыря совсѣмъ не была выражена.

Весной больной оправился, мочился нормальнымъ путемъ, довольно хорошей струей и безъ боли. Свищи на промежности закрылись. Оставались еще 2 маленькихъ свища уретро-простато-ректальныхъ, но и изъ нихъ одинъ вскорѣ зажилъ, а другой тоже былъ на пути къ заживленію.

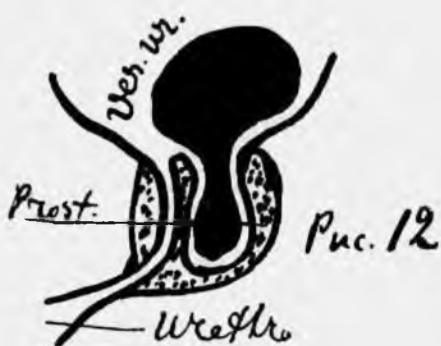
Въ обоихъ приведенныхъ случаяхъ уретро-простато-ректальные свищи были туберкулезнаго характера. Камни образовались, вѣроятно, въ простатическихъ, сообщавшихся съ уретрою гнойныхъ полостяхъ, а отверстія въ кишку могли произойти или отъ вскрытія туда абсцесса, или же отъ продыравливанія кишечной стѣнки разраставшимся кзади простатическимъ камнемъ.

До сего времени мы вели рѣчь о различныхъ видахъ камней, имѣющихъ то или другое отношеніе къ просвѣту уретры. Въ 1904 году *Cathelin* и *Villaret* опубликовали свой случай, гдѣ камень простатической области къ уретрѣ рѣшительно никакого отношенія не имѣлъ, патогенезъ котораго былъ чрезвычайно интересенъ и вмѣстѣ съ тѣмъ теменъ. Такого рода камни должны составлять особую группу и называются:

В) Камнями пузырно-простатическими дивертикулярными, — *Calculi vesico-prostatici diverticulares*.

Случай вышеназванныхъ авторовъ былъ таковъ. Больной 51 г. жалуется на непрерывные позывы на мочу, а вмѣстѣ съ тѣмъ на задержаніе мочи и постоянное, самопроизвольное истеченіе ея капля за каплей. Больной сильно злоупотреблялъ абсентомъ. Въ 20 лѣтъ имѣлъ первый перелой, тянувшійся почти 6 лѣтъ. За это время былъ полученъ еще lues, 4 раза былъ эпидидимитъ. Вскорѣ за lues развился хроническій міэлитъ съ ректальнымъ и пузырьнымъ недержаніемъ, но все это прошло при лѣченіи іодомъ. Съ 30 до 48 л. много пьянствовалъ. Съ 48 л. появились боли въ промежности при мочеиспусканіи, мѣшавшія сидѣть, ходить и особенно ѣздить верхомъ. Послѣ одной верховой поѣздки появилась на 10 дней кровь въ мочѣ, моча стала мутной, дурно пахучей; при мочеиспусканіи струя стала обрываться съ болью; закладыванія мочи происходили при всякомъ мочеиспусканіи, даже въ лежачемъ положеніи. Появились опять опоясывающія боли и ланценирующія боли въ ногахъ. Циститъ. Емкость пузыря только 30 к. с. Небольшое увеличеніе простаты и повышенная ея чувствительность. Уретра въ задней части такъ сужена, что едва удалось пройти филиформнымъ эластич. бужомъ, который и былъ оставленъ à demeure. Черезъ нѣсколько дней каналъ былъ настолько расширенъ, что можно было ввести катетеръ Мерсье № 15, который далъ хотя и отчетливое ощущеніе камня, но безъ яснаго указанія на его мѣстоположеніе. Катетеры мѣнялись только съ помощью мандрина, безъ котораго они не проходили, но потомъ и мандринъ не помогъ. Больного еще разъ изслѣдовалъ проф. Guyon и назначилъ на слѣдующій день, или черезъ день, sectionem altam; однако силы больного быстро истощались и онъ неожиданно умеръ.

*Аутопсія.* Гангрена уретры на протяженіи всей мембранозной части. Въ обѣихъ доляхъ простаты лежали камни. У наибольшаго камня правой доли имѣлось удлиненіе, которымъ онъ перфорировалъ (такъ думали авторы) нижне-заднюю стѣнку пузыря и при посредствѣ этого удлиненія былъ спаянъ съ другимъ гораздо большимъ камнемъ, лежавшимъ въ пузырьѣ. (Рис. 12). Камень лѣвой доли тоже имѣлъ отростокъ, перфорировавшій пузырь; на вершинѣ его было мѣсто, указывавшее на то, что и онъ когда-то имѣлъ сліяніе съ камнемъ пузырьнымъ. Стѣнки пузыря утолщены, слиз. об. разрыхлена, сосуды расширены; на trigonum Lientandii лежитъ камень въ формѣ груши, величиной въ грецкій орѣхъ; его верхняя широкая часть совсѣмъ не доходила до orif. intern. urethrae. Мочеточники и почечныя лоханки



растянуты противъ нормы разъ въ 5—6; въ мочеточникахъ—складки и изгибы съ заслонками. Почки немного увеличены, чашечки ихъ сильно растянуты, а кортикальное вещество утончено; словомъ—былъ hydronephrosis. Кромѣ камня въ пузырьѣ было много крупныхъ песчинъ (graviers).

Въ своемъ описаніи этого замѣчательнаго случая авторы высказываютъ предположеніе, что первично образовавшійся въ существѣ простаты камень узурировалъ потомъ стѣнку пузыря, гдѣ и получилъ дальнѣйшій ростъ. По моему мнѣнію, можно объяснять себѣ патогенезъ камня такимъ образомъ. Вслѣдствіе значительнаго суженія мочеиспускательнаго канала явилась послѣдовательная гипертрофія пузырныхъ стѣнокъ (что подтверждается на вскрытіи), а частыя и энергичныя сокращенія пузыря (что также имѣло мѣсто при жизни) при борьбѣ его со стриктурой послужили причиною расширения такъ-называемыхъ околошеечныхъ пузырныхъ железокъ \*) и образованія не-

\*) Пуссонъ. Руков. по болѣзн. мочевыхъ путей. 1903, стр. 479, рис. 177 и 178.

большихъ грыжевыхъ выпячиваній слизистой оболочки пузыря въ сторону простаты. Подъ вліяніемъ спазматическихъ пузырныхъ сокращеній эти выпячиванія превратились въ дивертикулы, въ которыхъ камни или образовались самостоятельно (пузырь былъ инфицированъ), или попали сюда готовыми изъ почки (graviers); при своемъ дальнѣйшемъ увеличеніи камни постепенно проросли въ пузырь, гдѣ на ихъ выступахъ и произошло образованіе камня пузырнаго. Что касается гангрены мембранозной уретры, то она явилась результатомъ давленія на стѣнки ея долго лежавшими и съ насиліемъ вводившимися сюда инструментами.

---

### III.

Уже при описаніи различныхъ группъ камней мы каждый разъ касались болѣе или менѣе подробно и *патогенеза* ихъ. Что же касается *симптоматологии*, то одни изъ припадковъ свойственны почти всѣмъ камнямъ простатической области, а другіе—для каждой группы представляютъ нѣкоторыя особенности. Описаніе симптомовъ мы начнемъ съ камней простатической уретры.

Простатическая уретра, какъ извѣстно, обладаетъ чрезвычайно высокой степенью чувствительности, поэтому всякій камешекъ, хотя бы только на короткое время здѣсь пріютившійся, непременно вызываетъ рядъ характерныхъ припадковъ. Между послѣдними на первомъ планѣ стоитъ *боль*. Она появляется обыкновенно вдругъ, неожиданно во время мочеиспусканія, но въ нѣкоторыхъ случаяхъ ей предшествуютъ неопредѣленные боли то въ области почекъ, то въ глубинѣ таза, за лобкомъ, въ мошонкѣ, головкѣ penis и т. п.,—словомъ, боли указывающія на первоначальное мѣстопробываніе камня въ почкахъ или въ пузырьѣ. Чѣмъ больше, чѣмъ шероховатѣе застрявшій камень, тѣмъ и боли будутъ сильнѣе; наиболѣе жестокія боли вызываются застрѣваніемъ осколковъ послѣ литотрипсіи. Боль бываетъ постоянная, а не временная, какъ при камнѣ пузырномъ; она то давящая, то колющая или жгучая, усиливающаяся во время мочеиспусканія и особенно послѣ него. Такое усиленіе болѣе зависитъ частью оттого, что мочева струя нѣсколько измѣняетъ положеніе камешка, а частью—отъ сжиманія его внутреннимъ сфинктеромъ. Тѣмъ не менѣе встрѣчались случаи, гдѣ болѣе или совсѣмъ не было, или онѣ были ничтожны (*Guyon*), такъ что присутствіе камня констатировалось только случайно на секціонномъ столѣ. Съ теченіемъ времени боли обыкновенно становятся тише (наше набл. I), отчасти потому, что больной къ нимъ до извѣстной степени привыкаетъ, а главное—потому, что слизистая оболочка склерозируется и становится менѣе чувствительной, камень становится менѣе подвижнымъ, менѣе шерохо-

ватымъ (отъ обволакивающихъ его органическихъ осадковъ: слизи, гноя, крови и пр. и отъ фосфатическихъ наслоеній).

Кромѣ болѣй, *calculi partis prostaticae urethrae* часто производятъ закупорку уретры, такъ-называемое закладываніе мочи, выражающееся внезапнымъ и всегда очень болѣзненнымъ прерываніемъ мочевої струи.

Такая закупорка случается здѣсь несравненно чаще, чѣмъ при пузырныхъ камняхъ, рѣдко устраняется, какъ тамъ, измѣненіями положенія тѣла, бываетъ болѣе продолжительной и несравненно чаще переходитъ въ *полное задержаніе мочи*.

Кромѣ того, очень часто, а при шероховатыхъ камняхъ— всегда, мочеиспусканіе сопровождается *кровотеченіями*; кровь появляется то лишь въ концѣ мочеиспусканія, то при его началѣ, а иногда окрашивается кровью равномерно вся моча. Въ рѣдкихъ случаяхъ (Janet, Liston, Durand) до поры до времени кровотеченій совсѣмъ не бываетъ.

*Позывы на мочу* въ началѣ болѣзни почти всегда *учащены* и это учащеніе нисколько не зависитъ отъ покоя или движенія больныхъ. Съ теченіемъ времени они могутъ сдѣлаться крайне настойчивыми и даже неудержимыми; моча сначала упускается въ бѣлье только ночью, а потомъ— и днемъ. Понятно, позывы будутъ тѣмъ чаще, чѣмъ угловатѣе камень, чѣмъ больше усилій употребляетъ больной на борьбу съ ними, т.-е. чѣмъ онъ энергичнѣе работаетъ сфинктерами, тѣмъ сильнѣе охватываетъ камень и больше причиняетъ себѣ страданій. Получается, т. образ., *circulus vitiosus*, изъ котораго выходъ получается тогда, когда камень образуетъ себѣ глубокое ложе на счетъ простаты, или промежности. Такъ это было, напр., въ нашемъ набл. I. Самыми частыми и неудержимыми позывы бываютъ въ тѣхъ случ., гдѣ застрявшій камень однимъ концомъ занимаетъ выходную часть пузыря, а другимъ— простатическую уретру. Здѣсь дѣло быстро переходитъ сначала въ ночное, а потомъ и въ дневное *недержаніе мочи*. Моча капля за каплей, непрерывно днемъ и ночью вытекаетъ на платье; больные дѣлаются неопрятными и расprostаляютъ вокругъ себя ужасающее зловоніе, какъ это было, напр., въ нашемъ набл. II.

Что касается самой *мочи*, то въ началѣ болѣзни она, кромѣ постоянной окраски кровью, остается обыкновенно такою, какою была и до застреванія камня; если послѣдній, по большей части асептический уратъ, лежитъ спокойно, то моча нѣкоторое время можетъ оставаться прозрачной и чистой, кислой реакціи. Тѣмъ не менѣе скоро появляются извѣстные измѣненія слиз. об. и моча по своимъ свойствамъ становится такою же, какъ при *urethritis postica*, т.-е. сильно мутною въ 1-й порціи, менѣе мутною во 2-й, совершенно чистой и прозрачной— въ 3-й, опять мутной и нерѣдко съ кровью въ порціи послѣдней.

Въ такое время первое же неосторожное въ смыслѣ асептики зондированіе больного можетъ превратить простой катарръ слиз. обол. въ септический, довольно быстро распространяющійся на пузырь, мочеточники и почечныя лоханки; моча становится сукровично-грязной, мутной, зловонной, щелочной, съ громаднымъ осадкомъ гноя, слизи, бактерій, трипльфосфатовъ и пр. Инфекція въ нѣкоторыхъ случаяхъ можетъ, впрочемъ, произойти и помимо зараженія внѣшняго, инструментальнаго, — путями внутренними. Ростъ камня, въ началѣ очень медленный, становится быстрымъ, такъ какъ вокругъ него получаютъ болѣе обильныя отложенія органическаго вещества, служащаго основой для отложенія солей изъ инфицированной мочи. Увеличившійся до значительныхъ размѣровъ камень легко узурируетъ больную слиз. об., прокладываетъ себѣ путь въ существо простаты и даже въ промежность; въ этомъ періодѣ болѣзни позывы на мочу, боли и кровотеченія при мочеиспусканіи обыкновенно затихаютъ, или даже совсѣмъ прекращаются, такъ какъ камень находится теперь не въ уретрѣ.

Если уретральный камень все чаще и чаще, все на болѣе и болѣе долгіе сроки закладываетъ мочу, то получается или перерастяженіе пузыря, его атонія и неполное опоражненіе, хотя бы и при наличности недержанія, или же пузырь еще раньше концентрически гипертрофируется. Такимъ обр. *вмѣстимость пузыря то бываетъ увеличена, то уменьшена.*

Что касается симптоматилогіи камней пузырно-уретральныхъ, уретро-простатическихъ неполостныхъ и полостныхъ, уретро-простатическихъ или перинеальныхъ, то таковая во многихъ случаяхъ представляетъ своеобразныя особенности. Тѣмъ не менѣе слѣдуетъ помнить, что камни эти въ большинствѣ случаевъ являются лишь дальнѣйшею степенью развитія камешковъ простатической части уретры, изъ нихъ произошли и въ своемъ прошломъ, слѣдовательно, вызывали всѣ свойственные имъ припадки. Уже въ *анамнезѣ* нерѣдко можно найти указанія не только на характеръ настоящаго страданія, но даже и на его патогенезъ. Такъ, напримѣръ, въ большинствѣ случаевъ камней „en sablier“, дивертикулярныхъ простато-уретральныхъ и др., можно указать на *бывшую еще въ дѣтствѣ каменную болѣзнь* (наши наблюденія III, IV, VII, VIII, а также наблюденія Souligoux, Reverdin'a, Malteste, 2 случая Bonnafond'a, Legueu и др.). Уже тогда больные подвергались операціямъ (обыкновенно — камнеотчищенію), а у нѣкоторыхъ (наше наблюденіе III) операція была продѣлана даже не одинъ разъ. На основаніи такихъ анамнестическихъ данныхъ можно было вывести даже такое заключеніе, что настоящій камень не является новымъ гостемъ въ простатической области, спустившимся изъ пузыря, а представляетъ собою продуктъ дальнѣйшаго развитія въ ранѣ, рубцѣ или полости осколка камня когда-то оперированнаго (наблюденіе IV). Изъ анамнеза мы нерѣдко узнаемъ о *бывшемъ у боль-*

ного въ дѣтствѣ недержаніи мочи (Berker, Reverdin, Legueu и др.), а недержание у дѣтей, по мнѣнію Guyon'a, очень часто служитъ указаніемъ на присутствіе камня или въ пузырьѣ, или въ уретрѣ. Еще болѣе убѣдительное доказательство представляютъ бывавшія въ дѣтствѣ или вообще въ годы, предшествующіе настоящему заболѣванію, *закладыванія мочи, выходженіе песка или камешковъ съ мочей, припадки почечныхъ коликъ* (Filliatre, Rousseau, Malteste, наши наблюденія VII, VIII, IX, X и XI), что въ нѣкоторыхъ случаяхъ сопровождалось появленіемъ крови въ мочѣ и пр.

При наличности вышеназванныхъ большихъ камней боли въ мочеполовой сферѣ рѣдко отсутствуютъ; отсутствіе болей, напримѣръ, въ нашемъ наблюденіи VI, объясняется тѣмъ, что камень былъ дивертикулярный, уретро-простато-перинеальный, лежалъ въ сторонѣ отъ уретры, которой при актѣ мочеиспусканія не могъ причинять никакого безпокойства. Въ силу тѣхъ же обстоятельствъ не было болей въ наблюденіи VIII и въ случаяхъ Scarp'ы, Fergusson'a, Mallez'a, Devin'a и др. Въ случаяхъ камней въ формѣ груши, песочныхъ часовъ, простато-мембранозныхъ и т. п. боли бываютъ *всегда* и при томъ—жестокія, иррадирующія въ различныя мѣста тѣла, иногда отдаленныя, жестокія особенно при концѣ и даже въ теченіе нѣсколькихъ минутъ послѣ мочеиспусканія (наблюденіе IV). При камняхъ особенно объемистыхъ, хотя бы и грушевидныхъ, когда мочевые запиратели бываютъ не только ослаблены, но и совершенно уничтожены, а моча произвольно выходитъ днемъ и ночью, боли сравнительно тише, не бываетъ кровотеченій (наблюденіе VII, IX, XI и XII), рѣже случается закладываніе, а особенно—полное задержаніе мочи. Напротивъ, позывы при такихъ объемистыхъ камняхъ бываютъ очень часты и даже непрерывны. Конечно, за періодъ времени, въ теченіе котораго успѣваютъ образоваться объемистые камни, успѣваютъ также инфицироваться и всѣ вышележащіе мочевые пути, поэтому моча здѣсь бываетъ обыкновенно очень плохая, мочеточники расширены и перерождены, почки въ состояніи гидронефроза; въ концѣ концовъ выступаетъ на сцену картина септического *цисто-піэло-нефрита*.

Что касается *мочевого пузыря*, то стѣнки его оказываются обыкновенно гипертрофированными и склерозированными, полость же его—значительно уменьшенной, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и совсѣмъ уничтоженной (набл. IX). Въ пузырьѣ нерѣдко находятся еще и самостоятельные камни.

Такъ какъ закладываніе мочи здѣсь встрѣчается рѣже, чѣмъ при блуждающихъ мелкихъ камняхъ, а полное задержаніе и того рѣже, то атонія пузыря здѣсь тоже встрѣчается рѣже (Barker); въ наш. набл. XII перерастяженіе пузыря обуславливалось не камнемъ, а высокою степенью суженія уретры.

Небольшіе гладкіе камешки простатической уретры сначала не особенно безпокоятъ больныхъ. Камни большіе или острые и улег-

шіеся въ неудобномъ, напр., поперечномъ, положеніи, особенно занимающіе верхнимъ своимъ концомъ выходъ изъ пузыря, вызываютъ вышеописанный рядъ болѣзненныхъ припадковъ, жестоко отзывающихся *на общемъ состояніи больныхъ*. Выше мы видѣли, въ какомъ положеніи находились больные, являвшіеся въ клинику съ камнями, напр., уретро-простатическими, или уретро-простато-перинеальными. У многихъ былъ уже налицо рядъ симптомовъ т. назыв. *хронической уремii*.

Пребываніе камней въ простатической области, особ. въ уретрѣ, не остается безъ вліянія и на *половую жизнь больныхъ*. У больного Duchastelet, напр., 65-л. старика (39, obs. 49) камни простатической уретры въ теченіи нѣсколькихъ лѣтъ вызывали необыкновенную половую похотливость, крайне частыя и упорныя эрекціи, доходившія до приапизма. Въ сл. Le Fort'a (39, obs. 30) камни вызывали неболѣзненные, очень частыя поллюціи. Въ сл. Malteste (ib. obs. 33) эрекціи были безболѣзненные, но coitus и особ. ejaculatio seminis вызывали жестокую боль; въ сл. Hugier (ib. obs. 23) не только coitus, но даже небольшая эрекція каждый разъ вызывала судорожныя боли. У нѣкоторыхъ нашихъ больныхъ наблюдалось тоже и повышеніе половой функціи (набл. X), и пониженіе ея, даже до полной утраты половыхъ вожделѣній (набл. IV).

Понятно, мучительныя боли, позывы, кровотечения, кахексія, припадки уремii и пр. не могутъ не подавлять libidinis sexualis; если же камень не великъ, по своей формѣ и положенію не причиняетъ вышеописанныхъ непріятностей, а только раздражаетъ colliculum seminale, то, само собою разумѣется, онъ будетъ только повышать половую похотливость, какъ повышаетъ ее, напр., перелой простатической уретры.

*Предстательная железа*, смотря по размѣрамъ и положенію камня, оказывается то увеличенной, то нѣтъ. Самое изслѣдованіе железы по большей части чрезвычайно болѣзненно, боль острая, дергающая, колющая; послѣ изслѣдованія, хотя бы самаго осторожнаго, моча въ 1-й порціи обыкновенно окрашивается кровью. Иногда per rectum прощупывается даже небольшой камень въ видѣ твердаго узла или ядра, лежащаго обыкновенно по срединѣ органа, рѣже — сбоку отъ желобка. Если железа увеличена, то она не только плотна, но тверда и нерѣдко даетъ ощущеніе крепитации. Обыкновенно прощупать мелкіе камешки простатической уретры не удастся. При болѣе значительныхъ камняхъ, особенно уретро-простато-ректальныхъ, чувствительность простатической области при изслѣдованіи per rectum особенно велика; боль иррадируетъ въ glans penis, въ мошонку, промежность и пр. Железа представляется *увеличенной* то вся равномерно, то въ одной долѣ больше, чѣмъ въ другой, размѣры ея иногда бываютъ таковы, что верхней границы органа достигнуть пальцемъ невозможно; железа въ видѣ огромной, твердой опухоли вдается въ



полость recti; она гладка, на ней незамѣтно ни бугровъ, ни выступовъ и неровностей, не прощупывается и различныхъ мѣстъ неодинаковой консистенціи; послѣдняя — всюду одинакова. При камняхъ „en sablier“ или „en poire“ изслѣдованія железы per rectum даютъ иногда отчетливое представленіе о томъ, что опухоль простаты переходитъ непосредственно въ опухоль, лежащую въ пузырьѣ. Подавая пузырь рукой черезъ брюшныя стѣнки внизъ, навстрѣчу пальцу in recto, нерѣдко можно опредѣлить не только присутствіе камня и въ пузырьѣ, но и то, что пузырьный и простатическій камни представляютъ собою или одно цѣлое, или же два камня отдѣльныхъ, самостоятельныхъ. Въ первомъ случаѣ всѣ движенія, сообщаемыя, напр., пузырьной части черезъ брюшныя стѣнки, передаются на часть его, помѣщающуюся въ простатической области, а толчки и движенія, сообщаемыя пальцемъ части камня простатической, въ точности передаются на часть пузырьную. То же самое, и даже еще отчетливѣе, рельефнѣе бываетъ при изслѣдованіи камней уретро-простато-ректальныхъ.

Мы уже говорили выше, что простатическіе камни нерѣдко спускаются въ толщу тканей *промежности*, гдѣ и образуютъ себѣ ложе; послѣднее рано или поздно открывается однимъ, или нѣсколькими *свищевыми отверстіями* на промежности, мошонкѣ и даже на penis. Изъ этихъ свищей показывается моча или только во время акта мочеиспусканія, или послѣ него, или же вытекаетъ постоянно, непрерывно; все зависитъ, конечно, отъ мѣстоположенія верхняго, уретрального свищевого отверстія. При изслѣдованіи свищей зондомъ, послѣдній, по большей части очень скоро, иногда тотчасъ же подъ кожу, прощупываетъ камень.

При объемистыхъ камняхъ *дефекація* становится крайне болѣзненной, сопровождается тенезмами и вызываетъ иногда выпаденіе кишки, какъ это было въ набл. XII и XIII, въ сл. Legueu (obs. I) и др.

*Распознаваніе* простатическихъ камней на основаніи вышеописанныхъ признаковъ обычно не представляетъ особыхъ затрудненій. Взятые въ совокупности признаки эти даютъ ясное представленіе не только о характерѣ страданія, о видѣ камня, его мѣстоположеніи и пр., но даже и о способахъ его удаленія. Если же мы будемъ оцѣнивать значеніе для діагноза каждаго признака въ отдѣльности, то окажется, что многіе признаки или даютъ очень мало, или совсѣмъ ничего. На самомъ дѣлѣ, учащенное и болѣзненное мочеиспусканіе, самопроизвольныя боли то въ области таза, то въ половыхъ органахъ или прямой кишкѣ, примѣсь къ мочѣ крови, задержаніе или недержаніе мочи и патологическія измѣненія свойствъ послѣдней, припадки со стороны мочевого пузыря, разстройства половыхъ функцій, даже свищи и т. д., все это такого рода признаки, которые свойственны и другимъ заболѣваніямъ простатической области (tbc. prostatae), мочевого пузыря (камни, tbc., опухоли и пр.) и даже

уретры (tbc., стриктура, urethritis postica и пр.), гипертрофіи простаты или ея хроническому воспаленію и т. д.

При небольшихъ камняхъ простатической уретры частое, неожиданное, повторяющееся, очень болѣзненное закладываніе мочи, появляющееся къ тому же при всякомъ положеніи тѣла, представляетъ уже указаніе очень цѣнное, особенно у взрослыхъ.

У маленькихъ дѣтей съ ихъ веретенообразнымъ пузыремъ и пузырный камень можетъ при каждомъ мочеиспусканіи закладывать мочу, но все-таки и у нихъ закладываніе чаще происходитъ при вертикальномъ положеніи тѣла, перемѣна котораго, напр., на горизонтальное на спинѣ, или какое-нибудь другое, часто служитъ средствомъ именно къ устраненію такого закладыванія. При разросшихся камняхъ, особенно пузырно - уретральныхъ, уретро - простатическихъ дивертикулярныхъ и др. закладываніе мочи случается рѣдко. Здѣсь, напротивъ, характернѣйшимъ признакомъ является недержание мочи, только слѣдуетъ всегда предварительно убѣдиться, не имѣемъ ли мы дѣло съ такъ-наз. *incontinentia urinae paradoxa*, являющейся результатомъ суженія уретры, гипертрофіи простаты, новообразования ея и пузыря.

Самыя положительныя доказательства простатическихъ камней даетъ, конечно, инструментальное изслѣдованіе уретры и пузыря, а также ректальное изслѣдованіе простаты пальцемъ. Безъ сомнѣнія, небольшіе камешки, залегающіе гдѣ-нибудь въ складкахъ разрыхленной слизистой оболочки или въ полости абсцесса, могутъ ускользнуть изъ виду при всякомъ изслѣдованіи, даже уретроскопическомъ. Однако, въ большинствѣ случаевъ инструментальное изслѣдованіе, въ особенности головчатымъ бужомъ, даетъ отчетливое указаніе не только на камень вообще, но и на его мѣстоположеніе, иногда и на размѣры. Мягкіе катетеры для цѣлей діагноза не годятся, такъ какъ даютъ отъ соприкосновенія съ камнемъ лишь ощущеніе препятствія вообще, а таковое можетъ зависѣть и отъ многихъ другихъ причинъ. По мнѣнію Guyon'a, Rousseau, Souligoux, Legueu и др., даже щупъ и литотрипторъ въ этомъ отношеніи съ головчатымъ бужомъ конкурировать не могутъ; послѣднему, поэтому, Guyon отдаетъ рѣшительное предпочтеніе.

Убѣдившись тѣмъ или другимъ способомъ въ наличности камня простатической области, необходимо также рѣшить другой вопросъ, нѣтъ ли еще самостоятельнаго камня въ пузырьѣ и не составляетъ ли камень простатическій только части, отростка камня пузырнаго. Для этой цѣли уже болѣе подходящимъ инструментомъ будетъ металлическій щупъ, которымъ надо постараться проникнуть въ пузырь. Если это удалось, то поворачиваютъ инструментъ вокругъ его оси въ разныя стороны и на разныхъ глубинахъ (т.-е. погруженіяхъ въ пузырь), при чемъ какъ при прохожденіи щупа въ пузырь, такъ и во время манипуляцій имъ мы будемъ получать ощущеніе непре-

рывного, постоянного, не измѣняющагося ни въ силѣ, ни въ тембрѣ соприкосновенія инструмента съ твердымъ тѣломъ. При наличности другого пузырнаго камня, если только послѣдній не выполняетъ собою большей части или всего пузыря, соприкосновеніе инструмента съ нимъ не будетъ ни долгимъ, ни тѣмъ болѣе непрерывнымъ; при различныхъ погруженіяхъ и поворотахъ клюва камень будетъ то чувствоваться, то пропадать изъ поля дѣйствія инструмента.

При наличности вышеописанныхъ симптомовъ отрицательныя данныя инструментальнаго изслѣдованія отнюдь не говорятъ еще о томъ, что камня дѣйствительно нѣтъ. Значительную тогда услугу можетъ оказать изслѣдованіе ректальное. Бывали, однако, случаи, гдѣ только комбинація инструментальнаго и ректальнаго изслѣдованій давала положительные результаты, тогда какъ каждое изъ нихъ въ отдѣльности не давало ничего. При ректальномъ изслѣдованіи самымъ цѣннымъ указаніемъ на камни будетъ ощущеніе *крепитации*. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ діагностика простатическихъ камней не только затруднительна, но прямо невозможна. Только выжиданіе, внимательное до мелочей изученіе припадковъ и всѣхъ данныхъ объективнаго изслѣдованія въ концѣ концовъ могутъ дать надлежащія указанія относительно сущности страданія.

---

*Предсказаніе* при различнаго рода камняхъ простатической области (quo ad vitam, quo ad valetudinem et valetudinem completam) зависитъ не столько отъ размѣровъ, формы и мѣстоположенія камня, но и отъ многихъ другихъ условій. Камни мелкіе, блуждающіе, временныя гости partis prostaticae urethrae даютъ предсказаніе благоприятное, такъ какъ они или выбрасываются мочей наружу, или уходятъ обратно въ пузырь, или же застрѣваютъ въ переднихъ отдѣлахъ уретры, откуда и удаляются сравнительно легко. Даже тѣ изъ нихъ, которые почему-нибудь не выходятъ наружу, безъ особаго труда проталкиваются головчатымъ бужомъ или литотрипторомъ обратно въ пузырь, гдѣ и дробятся. Только въ крайнихъ случаяхъ приходится дѣлать такъ-наз. „boutonniere“. При такихъ камняхъ предсказаніе омрачается тѣмъ обстоятельствомъ, что выхожденіе ихъ и застрѣваніе можетъ повторяться и впредь, а удаленіе ихъ въ слѣдующій разъ можетъ оказаться далеко нелегкимъ. При камняхъ объемистыхъ, дивертикулярныхъ, особенно пузырно-уретральныхъ, уретро-простато-перинеальныхъ и т. п., предсказаніе серьезно, такъ какъ они требуютъ не только промежностнаго или надлобковаго сѣченія, но нерѣдко — того и другого одновременно. Послѣ такихъ операций довольно часто остаются, какъ извѣстно, свищи. Что касается камней уретро-простато-ректальныхъ, то предсказаніе при нихъ самое дурное, что обуславливается не столько самими камнями и ихъ положе-

ніемъ, сколько обстоятельствами, вызвавшими появленіе ихъ (обыкновенно тѣс. простаты), послѣдующими измѣненіями важныхъ для жизни органовъ (септический цисто-піело-нефритъ) и всегда плохимъ состояніемъ всего организма.

*Лѣченіе* можетъ быть, конечно, только хирургическое. Какъ бы ни былъ незначителенъ застрявшій въ уретрѣ камень, — онъ долженъ быть удаленъ, такъ какъ предоставленный самому себѣ онъ будетъ прогрессивно увеличиваться. При маленькихъ камняхъ, блуждающихъ, особенно повторныхъ, съ хирургическимъ вмѣшательствомъ, однако, спѣшить не нужно. Пусть больной успокоится, поменьше двигается, побольше пьетъ и порѣже мочится. Если это не помогаетъ, то прибѣгаютъ къ проталкиванію камешка обратно въ пузырь, для чего сначала стараются протолкнуть его впрыскиваніемъ небольшихъ порцій асептической жидкости, вводимой толчками въ уретру безъ катетера. Еще будетъ лучше, если конецъ катетера, у котораго глазокъ лежитъ не сбоку, а въ самомъ концѣ, провести къ камню и дѣйствовать на него струей жидкости непосредственно. Если впрыскиванія не ведутъ къ цѣли, то пробуютъ протолкнуть камень головчатымъ зондомъ, щупомъ, литотрипторомъ. Проталкиваніе инструментами настойчиво рекомендуется Mercier и Voillemier; напротивъ, Vidal de Cassis, Velpeau и многіе другіе относятся къ нему крайне скептически. Во всякомъ случаѣ надо дѣйствовать мягко, но настойчиво, лучше всего эластическимъ головчатымъ бужомъ Guyon'a, такъ какъ имъ меньше, чѣмъ другими инструментами, причиняется вреда стѣнкамъ уретры. Всякое насиліе, грубость можетъ привести къ крайне печальнымъ послѣдствіямъ (набл. II).

Дѣйствуя такими сильными, крѣпкими инструментами, какъ щупъ или литотрипторъ, трудно удержаться, особенно начинающему урологу, отъ соблазна во что бы то ни стало преодолѣть сопротивленіе, кажущееся такимъ легкимъ, втолкнуть насильно камень въ пузырь, чтобы немедленно тамъ съ нимъ и покончить. Если попытки протолкнуть камень головчатымъ бужомъ не удались, то лучше совсѣмъ оставить надежду на эту операцію и приступить къ способамъ другимъ, болѣе безопаснымъ и надежнымъ. Хорошія услуги оказываетъ иногда катетеръ à demeure, если только возможно провести его безъ грубаго насилія въ пузырь. Пролежавши 24 — 48 часовъ въ уретрѣ, катетеръ сильно ее расширяетъ; передъ удаленіемъ катетера пузырь наполняютъ ad maximum (до настойчиваго позыва) асептической жидкостью, потомъ вынимаютъ катетеръ и предлагаютъ больному помочиться; сильнымъ напоромъ водяной струи камень нерѣдко и выбрасывается наружу.

Для удаленія камней изъ простатической уретры придуманы были различные спеціальныя инструменты, какъ, напримѣръ, щипцы Hunter'a, Hales, ложечка Leroy d'Etiolles, крючокъ Janet и т. п., но отъ нихъ всегда было больше вреда, чѣмъ пользы, а потому лучше со-

всѣмъ ихъ не употреблять. Они могутъ еще примѣняться при извлеченіи камней застрявшихъ въ висячей части уретры.

Если настойчивое, грубое проталкиваніе камня въ пузырь опасно, то попытка *раздробить его на мѣсть*, т.-е. въ простатической уретрѣ, должна считаться операціей совершенно непозволительной. Прибѣгаль къ ней въ прежніе годы Leroy d'Etiolles, который для того изобрѣлъ даже особаго рода литотрипторъ, — литолябъ. Для такого дробленія поле дѣйствія слишкомъ ограничено, ложки инструмента трудно и недостаточно раздвигаются, весь инструментъ движется съ трудомъ; поэтому дробленіе здѣсь не можетъ быть сдѣлано какъ слѣдуетъ и не разъ бывали случаи, когда вслѣдъ за нимъ приходилось приступать къ промежностному сѣченію. Если бы и удалось литолябомъ разломить камень, то обломки еще болѣе будутъ затруднять движенія инструмента, а если дѣйствовать послѣднимъ посмѣлѣе, то уретрѣ неизбѣжно нанесено будетъ жестокое раненіе осколками, вслѣдъ за которымъ обыкновенно является сильное кровотеченіе, потомъ ознобъ, мочевая инфильтрація, затеки и т. д.

Операцію эту по ея заслугамъ въ настоящее время слѣдовало бы совсѣмъ позабыть (Guiard, Tarnaud).

Если удаленіе камня *per vias naturales* совершенно невозможно, камень великъ, требуетъ серьезной и сложной операціи, то передъ нами встаетъ вопросъ, который долженъ быть рѣшенъ прежде всего: слѣдуетъ ли, вообще, въ данномъ случаѣ оперировать? На такой вопросъ въ каждомъ отдѣльномъ случаѣ долженъ получиться, конечно, и особый отвѣтъ; тѣмъ не менѣе нужно считать за правило, что у больного съ инфицированной мочей, истощеннаго, измученнаго болями и бессонными ночами, съ признаками септического піелонефрита или хронической уремии и т. п., — лучше не дѣлать никакой операціи. Прежде всего необходимо облегчить муки больного, дать ему сонъ (*narcotica*), поднять силы и питаніе и уже потомъ, если состояніе организма измѣнится къ лучшему, приступить къ операціи. При болѣе благопріятныхъ условіяхъ операція, конечно, должна быть произведена, и чѣмъ скорѣе, тѣмъ лучше.

Къ камнямъ простатической области можно подойти тремя путями:

- 1) *черезъ промежность*,
- 2) *черезъ мочевой пузырь* (*sectio alta*) и
- 3) *черезъ прямую кишку*.

*Путь промежностный* примѣнялся прежде и примѣняется въ наше время чаще другихъ. Прежніе хирурги, если камень занималъ одну долю железы, на промежности дѣлали (Mercier) соотвѣтствующій боковой разрѣзъ; если же камень занималъ всю железу, то прибѣгали (Velpeau и др.) или къ такъ называемой операціи „*boutonniere*“, или дѣлали *sectionem medianam* (Vidal de Cassis, Thompson и др.). Дѣйствительно, для удаленія небольшихъ камней изъ простатической

уретры достаточно бываетъ небольшого срединнаго разрѣза и образованія „boutonniere“. Для этого вводятъ въ уретру до камня (еще лучше— въ пузырь, если камень это позволяетъ) итинерарій; разрѣзъ по *garhe*, позади *bulbus*, въ 3—4 сант. Когда задняя часть мембранозной уретры будетъ вскрыта, въ уретру вводятъ или дилататоръ Гюйона, или просто указательный палецъ, растягиваютъ уретру и расширяютъ путь къ камню. Палецъ, конечно, лучше всякаго другого инструмента ощущаетъ камень, опредѣляетъ его размѣры (приблизительно) и конфигурацію. По пальцу проводятъ потомъ различные инструменты (корнцангъ, ложку, щипцы), которыми и извлекаютъ камень. Ложе послѣдняго очищаютъ отъ осколковъ, песку, кровяныхъ сгустковъ лучше всего обильнымъ промываніемъ асептическими растворами. Послѣ того еще разъ вводятъ палецъ въ рану, изслѣдуютъ имъ шейку пузыря, расширяютъ ее, растягиваютъ и проводятъ его въ полость пузыря, гдѣ изслѣдуютъ, — нѣтъ ли и тамъ еще камня. Черезъ уретру по мандрину проводятъ въ пузырь и оставляютъ *à demeure* мягкій нелатоновскій катетеръ (хороши также катетеры *Pezzer'a*, *Malecot*). Введеніе катетера, впрочемъ, необязательно; рана все равно скоро заживаетъ. Операция эта, несложная и неопасная вообще, у толстяковъ неудобна, такъ какъ большая, жирная промежность требуетъ иногда очень большого разрѣза; рана у нихъ получается широкая и очень глубокая, въ которой приходится дѣйствовать въ потемкахъ, иногда даже не подъ контролемъ пальца, такъ какъ послѣдній можетъ оказаться слишкомъ короткимъ. У такихъ субъектовъ предпочтительнѣе пользоваться разрѣзомъ преректальнымъ. Послѣдній необходимъ и даже неизбеженъ во всѣхъ почти случаяхъ камней объемистыхъ, особенно простатическихъ дивертикулярныхъ, которые, конечно, не могутъ быть извлечены черезъ мембранозную уретру, какъ бы мы ее ни растягивали.

*Преректальный*, дугообразный, вогнутостью къзади разрѣзъ ведется отъ одного сѣдалищнаго бугра къ другому въ разстояніи одного поперечнаго пальца впереди *anus*. По возможности щадится мускулатура, а въ особенности — надо избѣгать раненія *bulbus*. При достиженіи слоя мышцъ разрѣзъ ведутъ на уровнѣ передняго края *sphincteris ani*. Прокладывая путь въ глубину по передней поверхности *recti*, постепенно подходятъ къ простатѣ, отдѣляютъ ее отъ окружающихъ частей, такъ сказать, обнажаютъ на необходимомъ протяженіи и разсѣкаютъ надъ камнемъ. Края раны надо сильно разводить крючками, чтобы видно было поле операции. Въ рану вводятъ палецъ и стараются имъ высвободить камень, потомъ по пальцу вводятъ щипцы, а еще лучше — ложку, которыми и извлекаютъ камень. При этихъ манипуляціяхъ необходима крайняя осторожность; вниманіе должно быть сосредоточено на томъ, чтобы при проложеніи пути къ камню не поранить какъ-нибудь уретру или кишку и не образовать такимъ образомъ уретро-перинеально-ректальнаго свища, чрезвычайно

трудно поддающагося заживленію. Если бы случилось поранить уретру, то не слѣдуетъ къ одной непріятности прибавлять другую, т.-е. не слѣдуетъ пытаться зашить уретральную рану, такъ какъ попытка эта обыкновенно не удается и въ концѣ-концовъ все-равно приходится предоставить ранѣ заживать самой *per granulationem*.

Что касается камней уретро-простато-перинеальныхъ, то удаленіе ихъ въ общемъ легко. Введенный въ *rectum* палецъ выпячиваетъ еще болѣе подъ кожу и безъ того выпячивающійся на промежности камень, разрѣзають на немъ напрягшіяся ткани, послѣ чего онъ легко вылушивается изъ своего ложа. Въ этихъ случаяхъ послѣ операціи свищи остаются несравненно чаще, чѣмъ, напримѣръ, при удаленіи камней уретральныхъ или уретрально-простатическихъ, такъ какъ каналъ, соединяющій уретру и простатическую полость (прежнее мѣсто камня) съ ложемъ камня въ промежности, сравнительно длиненъ, стѣнки его обыкновенно склерозированы и покрыты массою грибовидныхъ грануляціонныхъ разраженій.

Съ легкой руки Nelaton'a, Malteste и Mercier, преректальный путь въ настоящее время сталъ самымъ общеупотребительнымъ.

*Надлобковый путь* къ простатическому камню въ наше время примѣняется рѣже, чѣмъ преректальный. *Sectio alta*, безъ сомнѣнія, даетъ оператору много простора. Путь этотъ является наилучшимъ въ тѣхъ случаяхъ камней пузырно-уретральныхъ, или пузырно-простатическихъ, гдѣ наиболѣе объемистая часть ихъ помѣщается въ пузырь, менѣе объемистая — въ уретрѣ или простатѣ. Однако и здѣсь надлобковый путь будетъ особенно подходящимъ только для удаленія камней въ формѣ груши, но не въ формѣ песочныхъ часовъ. Узкій, нижній конецъ грушевиднаго камня хотя и бываетъ, обыкновенно, крѣпко охваченъ шейкою пузыря, однако при извѣстной сноровкѣ, при осторожномъ поворачиваніи его вокругъ оси и нѣжной тракціи шейка скоро уступаетъ и камень вынимается. Совсѣмъ другое дѣло будетъ съ камнемъ „*en sablier*“. Тракція за пузырную часть можетъ привести къ разрыву шейки, къ отрыву мембранозной части уретры и т. п. Если же наиболѣе объемистая часть камня лежитъ въ уретрѣ-простатѣ, то тракція совершенно непозволительна, такъ какъ можетъ окончиться разрывомъ пузыря. Для удаленія камней простатической уретры и уретро-простатическихъ надлобковое сѣченіе совершенно не годится, такъ какъ, проникши въ пузырь, надо еще проникать черезъ его шейку къ камню, т.-е. путь удлиняется, операцію приходится вести въ глубинѣ и опять-таки извлекать камень черезъ шейку съ опаснымъ насиліемъ. Такимъ образомъ сфера приложенія надлобковаго сѣченія здѣсь довольно узка.

*Путь черезъ rectum* въ прежнее время примѣнялся часто, но за послѣдніе десять — пятнадцать лѣтъ примѣняется все рѣже и рѣже и, кажется, въ скоромъ времени ему предстоитъ заслуженное забвеніе. Единственная выгода его — это простота, легкость про-

изводства операций, крайняя легкость достиженія и удаленія камней уретрально - простатическихъ и уретро - простато - ректальныхъ. Но эта единственная выгода далеко не покрываетъ его недостатковъ. По Velpeau на 100 случаевъ этой операции въ 20 проц. слѣдуетъ смерть, въ столькихъ же процентахъ остаются уретро-простато-ректальные свищи, а изъ остальныхъ оперированныхъ многіе остаются въ такомъ положеніи, что жизни ихъ постоянно грозитъ опасность. Mazzoni и Thaden примѣняли этотъ путь при особенно объемистыхъ простатическихъ камняхъ и тоже получали результаты плохіе. Клиника Guyon'a, (39, p. 59) держится того мнѣнія, что производить эту операцию, — значитъ почти навѣрняка причинить больному уретро-простато-ректальный свищъ и подвергать его явной опасности въ ближайшемъ будущемъ погибнуть отъ септикоурэмии. Даже тамъ, гдѣ камень самъ успѣлъ уже сдѣлать ректальный свищъ, т.-е. проложилъ себѣ путь въ rectum, какъ это бываетъ въ запущенныхъ случаяхъ (tbc.), Mallez и Devin предпочитали прибѣгнуть къ сѣченію преректальному, результаты котораго и оправдали выборъ авторовъ.

---

#### IV.

Въ простатической области встрѣчается еще одинъ видъ камней, которые, въ сущности, одни только и имѣютъ право носить титулъ „простатическихъ“; въ отличіе отъ камней вышеописанныхъ они называются „*Calculi prostatici veri*“, или (менѣе удачно) *calculi prostatici interstitiales* (Guyon, Legueu). Встрѣчаются они рѣдко, такъ что богатѣйшій урологическій музей Guyon'a имѣетъ ихъ всего пять препаратовъ (Jean 1878, Chevalier 1890, Albarran 1898, Gosset 1898 и еще препаратъ, случайно найденный въ анатомическомъ театрѣ). По порученію Guyon'a, его ученикъ Heresco <sup>21)</sup> просмотрѣлъ относящуюся сюда литературу съ 1826 по 1879 г. включительно и нашелъ, что случаевъ такихъ камней, кромѣ двухъ сл. *Cruvellier* (патологоанатомич. атласъ livr. XXX, pl. 1, fig. 3) и *Civial'*я (*traité prat. sur les mal. des org. g. urin. t. III, p. 81*), описано только пять:

1) Сл. *Camus* (Bull. de la soc. anatom. 1830, p. 27), гдѣ камень помѣщался въ существѣ опухоли, образовавшейся изъ увеличенной средней доли простаты.

2) Сл. *Larcher* 1834 г., гдѣ на аутопсіи найдено было нѣсколько фасеточныхъ камней въ гангренизированной простатѣ. При жизни больной страдалъ припадками задержанія мочи; катетеризація была невозможна, такъ какъ каналъ былъ непроходимъ. Этотъ случай Guyon считалъ сомнительнымъ, и совершенно справедливо: здѣсь, очевидно, были только камни уретро-простатическіе дивертикулярные.

3) Сл. *Leroy d'Etioles* 1855, гдѣ камень еще менѣе, чѣмъ въ сл.



Larcher, можетъ быть названъ „истинно-простатическимъ“, такъ какъ лежалъ лишь въ простатической уретрѣ.

4) Сл. *Robin* 1873, гдѣ на аутопсіи дѣйствительно найдено было много мелкихъ камешковъ въ существѣ простаты.

5) Сл. *Longuet* 1875 и сл. еще 6-й *Jean'a* 1878, препаратъ котораго находится въ музеѣ *Guyon'a*.

*Tarnaud* <sup>39)</sup> дополняетъ списокъ *Heresco* еще случаями *Chopart'a* 1830, *Dupuytren'a* 1832, *Crosse* 1835, 2 сл. *Beraud* 1857 и *Delafosse* 1901 г. *Von Frisch* просмотрѣлъ литературу по этому вопросу за 25 лѣтъ (до 1899 г. включительно) и нашелъ тамъ еще нѣсколько случаевъ *Clarcke-Bruce*, *Posner'a*, *Stilling'a*, *Virchow'a*, *Golding-Bird'a*, да, кромѣ того, двѣ работы о такъ назыв. *corpuscula amylacea prostatae Eastmann'a* и *Paulizky*. Въ 1897 г. опубликовалъ свой, довольно сомнительный, случай *Bangs*, въ 1902 г. — *Thompson* и, наконецъ, послѣднимъ по времени опубликованъ случай *Rochet* и *Mouton'a* (1908 г.).

Въ патолого-анатомическомъ музеѣ московскаго университета я видѣлъ два препарата простатическихъ железъ, содержащихъ настоящіе простатическіе камни, при чемъ въ одной железѣ камни рассыпаны порознь, простата какъ бы нафарширована ими, а въ другой — многочисленные камни сгруппированы въ двухъ продолговато-овальныхъ полостяхъ. На одномъ изъ засѣданій хирургическаго общества въ Москвѣ въ позапрошломъ году д-ръ *Венгловскій* демонстрировалъ нафаршированную камнями железу, удаленную имъ у одного больного старика.

Изъ четырехъ наблюденій *Civial'a* лишь въ одномъ найденные камни могутъ быть признаны за камни *prost. veri*, а въ остальныхъ — это были камешки просто уретро-простатическіе. Камни въ случаяхъ *Goyrand'a*, *Ferreri* и др. 1) столь большіе и многочисленные (въ куриное яйцо, въ 102 грм.) были, несомнѣнно, камнями смѣшанными, для которыхъ ядромъ, можетъ быть, и служили *calc. prost. veri*, но ростъ ихъ до такихъ колоссальныхъ размѣровъ совершался на счетъ отложенія мочевыхъ солей.

Такимъ образомъ, *calculi prost. veri*, дѣйствительно, представляютъ явленіе настолько рѣдкое, что всѣ относящіеся сюда случаи, по выраженію *Albarran'a*, можно пересчитать по пальцамъ; кромѣ того, въ большинствѣ наблюденій камни эти представляютъ находку совершенно случайную, неожиданную, чаще всего — на секціонномъ столѣ. Исключительнымъ въ этомъ отношеніи является случай *Rochet* и *Mouton'a*, гдѣ камни были распознаны при жизни субъекта и послѣдній по поводу ихъ былъ даже оперированъ.

Истинно-простатическіе камни могутъ быть раздѣлены на два подвиды:

1) такіе, ложе которыхъ имѣетъ сообщеніе съ уретрой, — для мочи, однако, недоступное.

2) камни совершенно замкнутые.

Камни первого подвида найдены были, напимѣръ, *Chevalier* (1900) въ одномъ случаѣ, гдѣ по сторонамъ *vegi montanum* два тонкихъ отверстія вели въ небольшія расширенія простатическихъ ходовъ, наполненные мелкими камешками. Такіе камешки въ случаяхъ *Rochet* и *Mouton'a* выпадали въ уретру и выносились мочей. Въ случаѣ *Gosset* найдено было двѣ полости, содержащія камни, изъ которыхъ правая помѣщалась въ правой долѣ железы и имѣла сообщеніе съ уретрой, а у другой, лежавшей въ задней части железы, такого сообщенія не было. Интересный случай такого рода камней наблюдался въ андрологической клиникѣ.

#### Наблюденіе XIV.

Въ январѣ 1908 г. въ клинику поступилъ больной Н. П.—въ, 59 л., съ жалобами на частые и болѣзненные позывы на мочу, боли въ глубинѣ уретры и опухлость всей мошонки.

Съ юныхъ, можно сказать, лѣтъ и до самаго послѣдняго заболѣванія П.—въ жестоко пьянствовалъ. Coitus съ 18 л., 24 л. получилъ перелой съ правостороннимъ эпидидимитомъ, 28 л.—мягкій шанкръ на *glans penis*, съ воспаленіемъ и обширнымъ нагноеніемъ лѣвыхъ паховыхъ железъ. 30 л.—новое зараженіе перелоемъ, на который не обращалось никакого вниманія; болѣзнь тянулась много мѣсяцевъ. 33 л. женился, дѣтей не было. 44 л. сталъ мочиться чаще обыкновеннаго и съ натугой. Найденное суженіе мочеиспускательнаго канала расширили только до № 20. Въ 1902 г. моча выходила или тоненькой струйкой, или только каплями, процессъ мочеиспусканія каждый разъ продолжался 3—4 минуты; позывы стали часты, ночью приходилось ради ихъ вставать 3, 4 и 5 разъ. Моча стала мутною. 9-го октября 1902 г. легъ въ андрологическую клинику, гдѣ, на разстояніи 11 сант. отъ *orig. oxi.*, найдено было суженіе канала, не пропускавшее ни одного головчатого бужа. Въ простатѣ тогда ничего ненормальнаго не было замѣчено. Уретра была расширена до № 55 и 12 ноября П.—въ оставилъ клинику здоровымъ. Съ теченіемъ времени моча опять стала выходить часто и съ натугой. Года полтора назадъ позывы хотя и были часты, но больной съ ними еще могъ справиться. За послѣдшій годъ приходилось уже мочиться ночью разъ 12—15, да днемъ еще того чаще. Позывы становились все неудержимѣе; моча часто стала самопроизвольно уходить въ бѣлье, иногда даже безъ вѣдома больного, что и заставило его ни днемъ, ни ночью не разставаться съ резиновымъ мочепріемникомъ. Половыя функціи не пострадали, эрекціи, coitus, ejaculatio seminis были всегда безболѣзненны. За послѣднія 6 недѣль появилась колющая, дергающая боли въ глубинѣ *penis* и въ мошонкѣ. Дней за пять до поступленія въ клинику мошонка распухла до размѣровъ головы новорожденного ребенка, кожа ея стала багрово-синеватой; съ мочей стала показываться кровь. Въ самый день поступленія въ клинику (15 янв.) обширный флегмонозный абсцессъ мошонки самъ вскрылся наружу; въ верхнемъ углу полости абсцесса, близъ *angulo reno—scrotale*, видна гангреноценція глубже лежащихъ тканей на небольшомъ протяженіи. Вводившаяся по *Japet* въ уретру жидкость въ полости абсцесса не показывалась. Въ уретрѣ опять найдено суженіе и на прежнемъ мѣстѣ, не пропускающее никакихъ инструментовъ. Послѣ долгихъ усилій удалось, наконецъ, пройти за стриктуру эластическимъ коническимъ бужомъ № 9, при чемъ бужъ далъ ясное ощущеніе царапанія о твердое, шероховатое тѣло. Очевидно было, что тотчасъ же за стриктурой лежитъ камень. Простата увеличена, рыхла, сочна, болѣзненна; въ толщѣ ея прощупываются мелкія, плотныя зерна и, кромѣ того, палецъ получаетъ ощущеніе нѣжной, какъ бы воздушной крепитации. Моча вся мутная, кислой реакціи, съ обильнымъ гнойнымъ осадкомъ, содержитъ огромное количество *bact. coli*. Указаній на страданіе почекъ нѣтъ. Больного лихорадитъ (38,2—38,3). 22 января изъ уретры вышелъ съ мочей камешекъ сѣро-буроватый, похожій по величинѣ и формѣ на зерно чечевицы, а 24 января вышелъ другой, съ фасеткой на переднемъ концѣ, продолговато-овальный

2 сант. длины и 1 сант. въ поперечникѣ. По выходеши этихъ камней лихорадка не уменьшалась, въ процессѣ мочеиспусканія тоже никакого улучшенія не произошло.

25 января простатотомія (проф. А. В. Мартыновъ); разрѣзъ преректальный. При приближеніи *ad partem membranaceam* замѣчена на небольшомъ протяженіи гангреносценція периуретральныхъ тканей и пропитываніе ихъ гноемъ. Оказалась также гангреносценцированная и нижняя стѣнка уретры тотчасъ за луковичей на протяженіи 1—1½ сант. Было очевидно, что здѣсь именно и лежали вышедшіе изъ уретры камни. Изъ простатической гнойной полости извлечено 2 десятка камешковъ величиной отъ просяного зерна до горошины. Послѣ операціи при промываніи уретры черезъ *orif. ext.* оказалось, что она имѣетъ теперь сообщеніе съ промежностной раной въ двухъ мѣстахъ: одно лежитъ въ простатической части и ведетъ въ простатическую полость, откуда промывная жидкость и выливается въ промежностную рану; другое отверстіе лежитъ тамъ, гдѣ омертвѣла нижняя стѣнка уретры и гдѣ лежали камни, т.-е. тотчасъ же за *bulbus*. Первые дни послѣ операціи моча почти вся шла въ рану. Больной оправился. 27 января удалось по мандрину провести въ пузырь черезъ уретру нелатоновскій катетеръ № 18, который и былъ оставленъ *à demeure*. Рана послѣ того не смачивалась мочей, быстро очистилась отъ гангренозныхъ тканей, покрылась хорошими грануляціями. При промываніи пузыря и раны, съ жидкостью продолжали еще выходить мелкіе желто-бурые камешки. 5 марта при изслѣдованіи *per rectum* въ остаткахъ железы все еще прощупывались плотные, мелкіе узелки. Еще черезъ нѣсколько дней нагноеніе въ железнѣ прекратилось. Черезъ промежностную ранку, имѣющую теперь видъ тонкаго свища, при мочеиспусканіи показывается иногда 2—3 капли мочи. Больной оставилъ клинику въ совершенно удовлетворительномъ состояніи.

При осмотрѣ камешковъ: *a)* вышедшихъ самопроизвольно изъ уретры до операціи, *b)* добытыхъ изъ простатической полости при операціи, особенно болѣе крупныхъ изъ нихъ, въ видѣ пирамидокъ, друзъ и комочковъ и *c)* камешковъ мелкихъ, круглыхъ, полупросвѣчивающихся, добытыхъ частью при операціи, а больше — изъ раны при перевязкахъ и промываніяхъ ее, на первый взглядъ казалось, что они совершенно различны и таковое различіе особенно рѣзко бросалось въ глаза при сравненіи камней первой группы (*a*) съ другими (*b* и *c*). Первые при высыханіи изъ сѣро-буроватыхъ сдѣлались бѣлыми, легкими, пористыми, легко крошачимися. Въ центрѣ чечвицеобразнаго камешка при разломѣ его оказалось совершенно обособленное, маленькое ядро желтовато-бураго цвѣта, въ видѣ круглаго, полупросвѣчивавшаго камешка, совершенно тождественнаго съ мелкими камешками группы *c*. Ядро со всѣхъ сторонъ окружено сравнительно толстыми фосфатическими отложеніями и довольно легко изъ нихъ вылуцивалось. На изломѣ большого уретрального камня въ массѣ вторичныхъ отложеній тоже видно было нѣсколько мелкихъ круглыхъ камешковъ, тождественныхъ съ ядромъ камня чечвицеобразнаго. Камешки группы *b* имѣли видъ трехгранныхъ или многогранныхъ пирамидокъ, друзъ, комочковъ, спаянныхъ изъ отдѣльныхъ зеренъ наподобіе ягодъ малины. Съ поверхности, особенно въ углубленіяхъ между зернами, пирамидки кажутся бѣлесовато-сѣрыми, но этотъ цвѣтъ относится лишь къ склеивающему отдѣльныя зерна цементу. Послѣдній оказался фосфорнокислою (съ примѣсью углекислой) известью, быстро растворялся въ слабой  $\text{HCl}$ , при чемъ пирамидки и друзы распадались на отдѣльныя зерна, которые оказались опять

круглыми камешками, тождественными съ вышеописанными въ группахъ *a* и *c*.

Такимъ образомъ, мы должны признать, что начало всѣхъ трехъ группъ камней здѣсь было тождественное.

Мѣстомъ образованія, зарожденія камешковъ служили фолликулы простаты, изъ которыхъ нѣкоторые вскрылись въ уретру, инфицировались отсюда, послѣ чего отдѣльные камешки стали склеиваться въ дружки и пирамидки отложеніями мочевыхъ солей въ окружающее камешки органическое вещество (гной, слизь, бактеріи). Выпадавшие въ уретру камешки уносились токомъ мочи наружу, а такъ какъ у П—ва было сильное суженіе уретры, то болѣе крупныя дружки застряли въ застриктуриной части уретры, гдѣ, продолжая расти на счетъ мочевыхъ солей, и образовали вышеописанные, уретральные камни. Послѣдніе произвели гангреноценцію (давленіемъ) стѣнокъ уретры и периуретральныхъ тканей, инфицированныхъ мочей, что повело къ флегмонозному воспаленію мошонки и къ *омертвѣнію стриктурнаго рубца*; благодаря послѣднему обстоятельству уретральные камни и получили возможность выйти наружу. Какая была причина вскрытія нѣкоторыхъ фолликуловъ и опорожненія содержавшихся въ нихъ камешковъ въ уретру,—неизвѣстно. Мы знаемъ только, что камешки иногда лежатъ такъ близко къ поверхности слизистой оболочки, что не только ее выпячиваютъ въ просвѣтъ канала, но растягиваютъ до крайней степени, до просвѣчиванія, какъ это и было въ сл. Longuet (39, p. 90) и Beraud (21), гдѣ отъ легкаго прикосновенія пальцами перепонка разорвалась и камешки обнажились. Слѣдовательно, у такихъ больныхъ достаточно самаго деликатнаго проведенія, напримѣръ, нелатоновскаго катетера въ пузырь,—не говоря уже объ инструментахъ твердыхъ,—чтобы покрывающая камешки перепонка лопнула, а замкнутая и асептическая полость опорожнилась въ уретру и инфицировалась. Такъ происходило, вѣроятно, дѣло въ сл. Rochet и Mouton'a, а, тѣмъ болѣе, у нашего больного, которому много разъ вводились въ уретру различные инструменты. Инфицированная простата подверглась у него гнойному воспаленію, часть фолликуловъ слилась въ общую полость, содержащую гной и камешки, которые при ректальномъ изслѣдованіи и давали ощущение крениціи. Другая часть фолликуловъ, лежавшая дальше отъ уретры, осталась не инфицированной, здѣсь, попрежнему, лежали асептические камешки (*c*). Во время нашей операціи нѣкоторые изъ асептическихъ фолликуловъ были тоже вскрыты, содержавшіеся въ нихъ камешки попали въ рану и были извлечены отчасти одновременно съ камнями простатическаго гнойника, отчасти — послѣ, при перевязкахъ раны.

Что касается *камней совершенно замкнутыхъ*, то при жизни ихъ обладателей они распознаются крайне рѣдко, по большей части совершенно случайно. Такъ, въ сл. Delafosse такіе камешки въ большомъ количествѣ и неожиданно появились въ мочѣ послѣ того, какъ больному сдѣлали *urethrotomiam internam*.

Въ нашей клиникѣ тоже наблюдался случай, гдѣ камешки простатическіе (vergi) появились при промываніи пузыря послѣ операціи на задней уретрѣ.

#### *Наблюденіе XV.*

3 октября 1902 г. въ клинику поступилъ псаломщикъ А. Л—нъ, 66 л., по поводу значительнаго (№ 8) суженія всей висячей части уретры и гипертрофіи простаты, подвергшейся къ тому же гнойному воспаленію. Налицо уже были всѣ обычные признаки давнишняго, далеко зашедшаго простатизма. Моча инфицированная, кровянисто-гнойная. Простатическій абсцессъ имѣеть выходъ въ уретру. Въ размягченной лѣвой долѣ железы неясно прощупывались плотноватые, мелкіе узелки. Сдѣлано было проф. Синицынымъ расширение уретры сначала до № 23 бужами Roser'a, а потомъ постепенно ширина канала доведена была до № 50. Температура поднялась до 38,9; появились ознобы, поты, анурія, огромное ( $80\frac{0}{100}$ ) количество бѣлка въ мочѣ и др. обычные признаки септикоуреміи. За нѣсколько дней до смерти (1 ноября) при промываніяхъ пузыря черезъ катетеръ выходили очень мелкіе, буровато-желтые камешки, въ родѣ крупныхъ песчинъ мочевоы кислоты, за каковую сначала и принимались. *При аутопсѣ* найдены: восходящій септический нѣло-нефритъ и уретеритъ, геморрагическій циститъ. Клѣтчатка, окружающая дно пузыря, гестип и простату, уплотнена, отечна, пропитана гноемъ. Перипростатическія вены тромбозированы. При попыткѣ достать изъ трупа всѣ мочеполовые органы въ ихъ взаимной связи и цѣлости случайно и, къ несчастью, очень широко былъ вскрытъ сзади простатическій гнойникъ; все почти его содержимое смѣшалось съ содержимымъ полости живота и таза. Железа представляла собою полость съ массою синуозныхъ ходовъ, покрытыхъ клочьями омертвѣвшихъ тканей. Эта полость сообщалась съ простатической уретрой широкимъ, зиявшимъ отверстіемъ съ рваными, гангренозными краями. Изъ синуозныхъ ходовъ, а еще того больше—изъ полости таза и живота, собрано было болѣе 200 гладкихъ, блестящихъ, круглыхъ или угловатыхъ и многогранныхъ камешковъ, темно-коричневаго цвѣта, твердыхъ, величиною отъ просяного зерна до горошины. Самые мелкіе изъ нихъ были совершенно тождественны съ полученными при жизни Л—на съ промывною жидкостью изъ пузыря. Нѣкоторые имѣли форму трехгранныхъ пирамидокъ (до 3 мм. въ діаметрѣ), состоявшихъ изъ тѣхъ же круглыхъ камешковъ, спаянныхъ между собою болѣе свѣтлымъ цементомъ.

Безъ сомнѣнія, железа Л—на не была здоровою уже въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ и давнымъ-давно была нафарширована камнями. Инфекція камневыхъ полостей здѣсь могла произойти или черезъ уретру, или изъ кишечника (bac. coli. среди другихъ микробовъ играла преобладающую роль въ мочѣ покойнаго). Многократныя заболѣванія уретры, особенно многочисленныя хирургическія манипуляціи въ ней и были причиною, во-первыхъ, инфекціи мочи и мочевыхъ путей, а во-вторыхъ, возникновенія сообщенія уретры съ простатическими камневыми полостями.

Камни въ наш. набл., XIV и XV, какъ показало нижеописываемое изслѣдованіе ихъ, оказались тождественными.

Высушенные на воздухѣ, они оказывались удѣльно тяжелѣе воды. На нѣкоторыхъ изъ нихъ появились трещинки и убыль вещества, которое кое-гдѣ отставало отъ поверхности камешка тончайшими, просвѣчивавшими пластинками; послѣднія иногда можно было снимать остріемъ скальпеля, какъ сухіе лепестки съ луковицы. Когда снималась поверхностная пластинка, подъ ней оказывалась такая же другая, тонкая и блестящая, то темнѣе, то свѣтлѣе поверхностной, но

снять ее скальпелемъ со слѣдующей было уже гораздо труднѣе; она отдѣлялась только мелкими, крайне хрупкими частичками. Болѣе глубокихъ пластинокъ раздѣлять было невозможно.

Мурексидная проба съ приведенными въ порошокъ сухими камешками неизмѣнно давала отрицательный результатъ, указывая на совершенное отсутствіе мочевої кислоты и ея солей. При прокаливаніи (до красна) камни теряли почти  $\frac{1}{7}$  своего вѣса, становились болѣе темными и очень хрупкими. Спиртъ, эфиръ, амміакъ и ѣдкое кали на камни не оказывали никакого дѣйствія. Слабые растворы кислотъ, азотной и соляной (3 капли *acidī muriat.* или *nitr. purī* на 10 к. с. воды), растворяли неорганическія составныя части съ слабымъ выдѣленіемъ пузырьковъ газа; при подогреваніи выдѣленіе газа хотя и усиливалось, но все же оставалось ничтожнымъ. Обработка кислотами не уменьшала объема камешковъ, они только становились болѣе свѣтлыми по окраскѣ, полупросвѣчивающими, очень легкими (всплывали на поверхность раствора) и мягкими, между пальцами раздавливались, какъ совершенно разваренный хрящъ, или какъ желатина. Этотъ органическій остатокъ при высыханіи сильно сморщивался и на пламени сгоралъ почти безъ остатка. Подъ микроскопомъ мягкій органическій остатокъ оказался состоящимъ изъ чистой, полупрозрачной, стекловидной, однородной, безструктурной, слабо-желтоватаго цвѣта массы, въ видѣ пластинъ, которыя при легкомъ надавливаніи покровнымъ стеклышкомъ даютъ трещины по всѣмъ направленіямъ и распадаются на обломки съ рѣзкими, по большей части прямолинейными очертаніями. Словомъ, — по всѣмъ признакамъ это было ничто иное, какъ *гיאлиновое вещество*.

Ни въ одномъ камешкѣ, а таковыхъ было изслѣдовано много изъ сл. XIV и XV, по удаленіи неорганическихъ составныхъ частей подъ микроскопомъ ни разу не было найдено ни остатковъ эпителиальныхъ клѣтокъ, ни бактерій. На органическій остатокъ не дѣйствовалъ ни спиртъ, ни эфиръ, ни кислоты, ни слабыя щелочи; въ крѣпкомъ растворѣ амміака (20 капель на 10 к. с. воды) онъ разбухалъ и при дальнѣйшемъ дѣйствіи, особ. при нагреваніи, постепенно расплывался, превращаясь въ густую, безструктурную, слизеподобную массу.

На микроскопическихъ срѣзахъ изъ простаты набл. XV видно чрезвычайно много слоистыхъ тѣлъ въ различныхъ стадіяхъ ихъ развитія, но и здѣсь ни въ одномъ не было найдено никакихъ клѣточныхъ включеній. Препараты окрашивались эозиномъ и гематоксилиномъ. Напротивъ, въ срѣзахъ изъ другихъ железъ, полученныхъ мною изъ труповъ взрослыхъ мужчинъ, не старыхъ, а также во многихъ просмотрѣнныхъ препаратахъ патолого-анатомическаго института (въ Москвѣ), клѣточные включения въ слоистыхъ тѣлахъ, дѣйствительно, встрѣчались. На моихъ препаратахъ изъ простаты одного 36-тилѣтнаго мужчины, страдавшаго при жизни хроническимъ простатомъ перелойнаго характера, чрезвычайно ясно можно было прослѣ-

дить весь процессъ образованія амилоидныхъ тѣлецъ и дальнѣйшаго превращенія ихъ въ твердые конкременты. Препараты получились въ высокой степени поучительные, особенно въ смыслѣ уясненія *патогенеза* истинныхъ простатическихъ камней.

Въ однихъ мѣстахъ видно набуханіе, пролиферація и шелушеніе эпителія фолликуловъ; послѣдній кое-гдѣ отпалъ отъ стѣнокъ и кучками лежитъ въ просвѣтѣ пузырька. Большинство клѣтокъ еще имѣетъ ядро и хорошо красится, только немногія ядро утратили и красятся блѣднѣе. Въ другомъ мѣстѣ фолликулы биткомъ набиты лежащими въ безпорядкѣ отпавшими клѣтками, большинство которыхъ уже не имѣетъ ядеръ и слабо красится. Въ третьемъ мѣстѣ въ фолликулахъ набиты почти однѣ безъядерныя клѣтки, съ полупрозрачной, незернистой протоплазмой; здѣсь эозинъ окрашиваетъ лишь линіи соприкосновенія клѣтокъ, почему вся картина дѣлается похожей на нѣжную, красивую, розоватую сѣть. Изрѣдка въ такой сѣти то у стѣнки гдѣ-нибудь, то въ срединѣ можно видѣть уцѣлѣвшую клѣтку съ окрашеннымъ въ слабозелено-фіолетовый цвѣтъ ядромъ, не имѣющимъ ясно опредѣленныхъ контуровъ. Такая клѣточка и по своимъ размѣрамъ, и по очертаніямъ совершенно тождественна съ окружающими ее петлями сѣти. Попадаютъ въ препараты и такіе просвѣты фолликуловъ, гдѣ *одновременно* можно видѣть всѣ вышеописанныя измѣненія. Тутъ же среди сѣти, или въ сторонѣ отъ нея, иногда лежатъ матовыя, безструктурныя, полупрозрачныя, кругловатыя, а еще чаще—продолговато-овальныя тѣла, чрезвычайно похожія на разваренныя саговья или рисовыя зерна. Центрѣ, или какая-нибудь часть периферіи такихъ зеренъ, особенно покрупнѣе, красится темнѣе остальной массы зерна, въ тонъ слабо-фіолетовый. Въ болѣе крупныхъ зернахъ центрѣ красится уже въ цвѣтъ темно-фіолетовый, и здѣсь при сильномъ увеличеніи можно замѣтить слабо еще выраженную слоистость. Наконецъ, рядомъ съ такими измѣненіями можно видѣть фолликулы, весь просвѣтъ которыхъ, или большая его часть, занятъ совершенно непрозрачнымъ, черно-фіолетовымъ, концентрически слоистымъ и радіарно исчерченнымъ, съ однимъ или нѣсколькими центральными ядрами, тѣломъ, настоящимъ конкрементомъ.

Изъ этого описанія можно видѣть, что начальнымъ пунктомъ образованія слоистыхъ тѣлъ является пролиферація, смерть, шелушеніе и потомъ—дальнѣйшее превращеніе фолликулярнаго эпителія. Между тѣмъ *Mercier* утверждалъ, что простатическія сросстки являются результатомъ *сгущенія простатическаго сока*; такъ какъ отъ іода они окрашиваются, подобно крахмалу, въ сине-фіолетовый цвѣтъ, то *Virchow* и назвалъ ихъ амилоидными тѣлами. По его мнѣнію, они представляютъ *смѣсь спермы съ нерастворимой протейиновой субстанціей* (28,39). Между тѣмъ, слоистыя тѣла и восковидныя глыбки находили не только у взрослыхъ мужчинъ при массажѣ железы <sup>7)</sup>, или у юно-



шей, гдѣ можно еще объяснить себѣ появленіе ихъ сгущеніемъ спермы, или простатическаго сока, но даже въ простатахъ грудныхъ младенцевъ <sup>14)</sup>, а также въ периуретральныхъ железахъ женщинъ <sup>33)</sup>. Близко къ взгляду Mercier стоятъ взгляды Stilling'a <sup>38)</sup> и Launnois, Хольцова <sup>43)</sup>, согласно которымъ простатическіе сростки являются результатомъ *отложенія продуктовъ секреціи железы вокругъ амилоидно-перерожденныхъ железистыхъ эпителиальныхъ клѣтокъ*. Мы уже говорили выше, что во многихъ случаяхъ никакихъ включеній въ простатическихъ сросткахъ и зернахъ не бываетъ; Posner <sup>24)</sup> съ помощью цвѣтныхъ реакцій доказалъ, что считавшіяся за амилоидъ простатическія тѣла состоятъ изъ двухъ ясно различимыхъ субстанцій, изъ *субстанции бѣлковой* и изъ *лецитина*; послѣдній, собственно, и даетъ синюю окраску отъ іода и красноватую—отъ метильвіолета (Jürgen).

*Лецитинъ*, сложное производное глицерино-фосфорной кислоты, въ естественномъ состояніи всегда находится не только въ простатѣ, гдѣ присутствіе его давно уже доказалъ Fühlinger, но и въ нервной ткани, въ крови, спермѣ и т. д. Такимъ образомъ, основаніемъ и простатическихъ, какъ и всякихъ другихъ, конкрементовъ (печеночныхъ, мозговыхъ, почечныхъ, слюнныхъ, панкреатическихъ и др. (Ebstein) служитъ органическое вещество <sup>31)</sup>; послѣднее въ простатическихъ ходахъ и фолликулахъ получается изъ отпадающихъ эпителиальныхъ клѣтокъ.

Въ чемъ же заключается причина такого шелушенія, смерти эпителия?

*Земляничны* <sup>42)</sup> лѣтъ 30 назадъ доказывалъ, что причиною такого отмиранія и шелушенія эпителия является паренхиматозное его воспаленіе (извѣстной степени интенсивности), а причиною воспаленія—какія-нибудь общія разстройства организма, напр., бугорчатка, пневмонія, эндокардитъ, алкоголизмъ, нарывы, желудочно-кишечный катарръ, кахексія вообще, а также глубокія мѣстныя, хотя бы и отдаленныя, страданія, какъ, напр., некрозъ костей и т. п. Однако мы теперь знаемъ, что слоистыя тѣльца и гіалиновые зерна встрѣчаются у дѣтей, юношей и взрослыхъ, не имѣвшихъ рѣшительно никакихъ истощающихъ болѣзней.

Уже давно доказана выдающаяся роль бактерій въ образованіи камней слюнныхъ и желчныхъ (Mignot). То же самое нужно, вѣроятно, сказать и о камняхъ панкреатическихъ, а еще того болѣе—простатическихъ. Дѣйствительно, какъ въ нашихъ набл. XIV и XV, такъ и въ сл. другихъ авторовъ, у имѣвшихъ простатическіе (ver) камни больныхъ въ анамнезѣ неизмѣнно отмѣчаются перелойныя заболѣванія уретры и самой железы. Извѣстно, что въ разгаръ бактеріальной болѣзни, напр. перелоя, результатомъ дѣятельности микробовъ является быстрое умерщвленіе клѣтокъ, бурное воспаленіе, нагноеніе, образованіе гнойниковъ, метастазы и пр. Когда организмъ побѣдилъ микробовъ,—дѣятельность послѣднихъ затихаетъ, но отнюдь не прекра-



шается; она несомненно продолжается, но становится мало замѣтной. Микробы (гонококки и ихъ обычные спутники при хронич. гонорреѣ) хотя и исчезли съ поверхности слиз. обол., но они долго, очень долго еще могутъ жить въ тканяхъ, въ мелкихъ лимфатическихъ щеляхъ, гдѣ и будутъ продуцировать свои токсины и ферменты, которые въ свою очередь будутъ дѣйствовать раздражающимъ образомъ на железистыя эпителиальныя клѣтки, отличающіяся чрезвычайною чувствительностью ко всякимъ химическимъ раздражителямъ. Раздраженіе сначала вызываетъ, конечно, усиленный ростъ и размноженіе клѣтокъ, а потомъ шелушеніе ихъ. Такъ какъ раздраженію подвергаются клѣтки не только фолликуловъ, но и ихъ выводныхъ протоковъ, то наступаетъ такой моментъ, когда протоки окажутся закупоренными чрезмѣрно размножившимися и отпавшими клѣтками, что мы и видимъ въ дѣйствительности на микроскопическихъ препаратахъ изъ такой железы. Такимъ образомъ, для содержащаго фолликуловъ, т.-е. такъ же чрезмѣрно размножившихся, отпавшихъ, мертвыхъ клѣтокъ нѣтъ никакого выхода; онѣ должны оставаться въ совершенно замкнутомъ пространствѣ, гдѣ уже въ силу одного только чрезмѣрнаго скопленія ихъ вскорѣ наступаетъ повышеніе внутриполостнаго давленія, нарушеніе правильности кровообращенія въ окружающихъ фолликулы капиллярахъ, суженіе межтканевыхъ щелей, замедленіе и даже прекращеніе циркуляціи лимфы, затрудненіе подвоза питательнаго матеріала и кислорода. Клѣтки голодаютъ, задыхаются, подвергаются мутному набуханію; протоплазма ихъ теряетъ свою зернистость, исчезаетъ и клѣточное ядро; отъ клѣтокъ остаются только однѣ слабыя тѣни, эозинъ отдѣляетъ лишь ихъ границы въ видѣ тонкой, нѣжной, розовой сѣти. Наконецъ, и сѣть исчезаетъ. Бѣлковыя молекулы фолликулярнаго содержащаго пропитываются лецитиномъ и уплотняющимися молекулами циркулирующаго бѣлка, и все это превращается въ глыбку гомогеннаго, полупросвѣчивающаго, стекловиднаго вещества, — *гiалинизируется*. Случайно въ такой глыбкѣ могутъ оказаться захваченными почему-нибудь уцѣлѣвшія эпителиальныя клѣтки, или ихъ обломки, но это включеніе, какъ мы видѣли, отнюдь не составляетъ необходимаго условія для сформированія конкрементовъ. Въ нѣкоторыхъ фолликулахъ, въ присутствіи комочковъ гiалиноваго вещества и даже слоистыхъ тѣлецъ, если послѣднія не выполняютъ всего просвѣта пузырька, можно иногда видѣть остатки пристѣннаго эпителия, набухшаго, отчасти отпавшаго и лежащаго кучками, словомъ — продѣлывающаго вышеописанный процессъ перерожденія. Массы такого полупрозрачнаго, безъядернаго и гiалинизированнаго эпителия ложатся новымъ слоемъ на готовое гiалиновое тѣло, которое такимъ образомъ увеличивается и вмѣстѣ съ тѣмъ уплотняется. Уплотненіе и истонченіе новыхъ налегающихъ слоевъ происходитъ, во 1-хъ, отъ давленія со стороны стѣнокъ самаго фолликула, а во 2-хъ, и, главнымъ образомъ, — отъ давленія со стороны окружающихъ мощныхъ слоевъ гладкихъ мышечныхъ волоконъ.

При наступленіи кислороднаго голодаіи, которому подвергаются не одни только клѣтки фолликуловъ, но, отчасти, и окружающія фолликулы ткани, при сокращеніи до минимума притока артеріальной крови,—измѣняется, конечно, самая реакція соковъ и тканей, она становится болѣе щелочной, количество углекислоты уменьшается. Повышенная щелочность въ свою очередь ведетъ къ выпаденію изъ притекающихъ, хотя и въ скудномъ количествѣ, лимфы и крови солей углекислыхъ и фосфорнокислыхъ земель. Такое выпаденіе необходимо должно происходить и потому еще, главнымъ образомъ, что самыя клѣтки съ ихъ разрушенной жизнедѣятельностью не могутъ утилизировать приносимыхъ къ нимъ кровью и лимфою органическихъ соединений Са и Mg, углекислыхъ и фосфорнокислыхъ солей Са. Взаимодѣйствія между этими веществами и живой протоплазмой клѣтокъ болѣе не существуетъ <sup>31)</sup>. Такимъ образомъ, въ свертки гіалиноваго вещества начинаетъ отлагаться углекислая и фосфорнокислая известь, гдѣ кристаллизуется, отчего и получается красивая радіарная, лучистая исчерченность конкрементовъ. Такъ какъ тѣльца образовались изъ слоевъ постепенно отлагавшагося гіалиноваго вещества, то и соли кальція, пропитывая ихъ, не только не затемняютъ слоистости, но еще болѣе ее подчеркиваютъ. Такъ окаменяють „*corpuscula amylacea*“ и становятся истинно-простатическими камнями. Величина послѣднихъ обыкновенно незначительна, но путемъ постепенныхъ наслоеній, а особ. путемъ сліянія ихъ между собою, могутъ получиться камешки и такихъ размѣровъ, какъ въ набл. XIV и XV, а можетъ быть и болѣе.

Что касается *симптоматологіи* истинно-простатическихъ камешковъ, то на этотъ счетъ можно сказать только, что пока они не велики, пока стерильны и полости, ихъ вмѣщающія, не имѣютъ сообщенія ни съ уретрой, ни съ rectum,—они не даютъ о себѣ знать ни однимъ такимъ признакомъ, который былъ бы свойственъ именно камнямъ, а не какимъ-либо другимъ ненормальностямъ въ простатѣ. Словомъ,—*calculi prostatici veri при жизни больныхъ въ большинствѣ случаевъ остаются нераспознанными.*

Въ средѣ больныхъ андрологической клиники и своей частной практики нерѣдко приходилось мнѣ находить у субъектовъ возраста средняго (35—50 лѣтъ), имѣвшихъ въ анамнезѣ длительный, плохо лѣченный перелой, увеличенную, рѣзко измѣненную въ своей конфигураціи и консистенціи предстательную железу. Уже при легкомъ массажѣ ея вмѣстѣ съ обильнымъ простатическимъ секретомъ получается обыкновенно довольно много полупрозрачныхъ, блестящихъ, сильно преломляющихъ свѣтъ, стекловидныхъ, сагоподобныхъ зеренъ и слоистыхъ (подъ микроскопомъ) тѣлецъ. Такая находка для ранняго діагноза камней имѣетъ серьезное значеніе, такъ какъ зерна эти и тѣльца представляютъ собою, какъ мы видѣли, переходную ступень въ образованіи истинно-простатическихъ камней. Помѣщаясь въ выводныхъ железистыхъ протокахъ, особенно у мѣста впаденія ихъ въ

уретру, простатическіе камешки могутъ сдавливать ихъ устья, даже совсѣмъ закупорить, какъ пробкой, а вмѣстѣ съ тѣмъ сдавливать и устья сѣмявыбрасывающихъ протоковъ (ducti ejaculatorii), что вызываетъ болѣзненные ощущенія при ejaculatio seminis. Иногда вмѣсто болѣзненныхъ ощущеній получается или повышение libidinis sexualis, или угнетеніе его. Но и эти признаки не характерны собственно для камней, такъ какъ могутъ вызываться и другими мѣстными, или отдаленными страданіями, какъ, напр., стриктурой заднихъ частей уретры, заднимъ уретритомъ, туберкулезомъ простатической уретры, заболѣваніями поясничной части спинного мозга и т. д. Присутствіе въ желѣзѣ болѣе крупныхъ камешковъ, какъ въ наблюденіи XV, распознать было не трудно, однако, и здѣсь дѣло не обошлось безъ сомнѣній. Несмотря на то, что нѣкоторые камешки здѣсь были въ  $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$  куб. сант. величиной, въ массѣ увеличенной и гнойновоспаленной простаты они прощупывались совсѣмъ неясно, и только крепитация, ощущавшаяся чрезвычайно отчетливо, указывала *вообще* на наличность камней; истинная природа послѣднихъ все-таки не была распознана до операціи; въ заблужденіе ввелъ насъ наружный видъ уретральныхъ камней, который заставлялъ предполагать присутствіе въ желѣзѣ камней полостныхъ простатическихъ, или уретрально-простатическихъ, инфицированныхъ, обыкновенно-фасеточныхъ. Единственно безспорнымъ признакомъ можетъ считаться только выпаденіе характерныхъ камешковъ въ уретру и появленіе ихъ въ мочѣ. Къ сожалѣнію, такой признакъ встрѣчается рѣдко. На основаніи всего вышеизложеннаго становится понятнымъ, почему огромное большинство истинно-простатическихъ камней составляютъ случайную находку на секціонномъ столѣ.

*Предсказаніе* для носителя истинно-простатическихъ камней нельзя сказать, чтобы было особенно благоприятнымъ. Мелкіе асептические, немногочисленные камешки, конечно, долго могутъ оставаться для организма безвредными или, по крайней мѣрѣ, незамѣтными. Камешки многочисленные, хотя бы тоже мелкіе и асептические, не могутъ не причинять извѣстной степени раздраженія тканямъ железы; среди причинъ длительности хроническихъ простатитовъ, причинъ гипертрофіи простаты, а, можетъ быть, даже и новообразованій ея, камешкамъ этимъ, вѣроятно, принадлежитъ не послѣдняя роль.

Камешки большого размѣра, особенно помѣщающіеся въ collic. sem., въ устьяхъ выводныхъ железистыхъ протоковъ и вообще близко къ просвѣту уретры, помимо вышеперечисленныхъ непріятностей, грозятъ еще тѣмъ, что рано или поздно они вываливаются въ уретру, а полость ихъ инфицируется. Камневая полость въ заднихъ частяхъ железы очень легко инфицируется изъ rectum. Результатомъ инфекціи является гнойный, иногда флегмонозный простатитъ, образованіе абсцессовъ, простато-ректальныхъ свищей, мочевыхъ и гнойныхъ затековъ и т. д.

Что касается леченія истинно - простатическихъ камней, даже распознанныхъ съ достовѣрностію, не допускающею никакихъ сомнѣній, при условіи ихъ асептичности, немногочисленности и обыкновенно ничтожныхъ размѣровъ, то такового и не требуется. Даже болѣе крупные камешки не могутъ быть оперируемы, такъ какъ они разсѣяны, по обыкновенію, по всей желѣзѣ. Если камешки случайно собираются въ 1, 2-хъ или 3-хъ большихъ полостяхъ, какъ это я видѣлъ на препаратахъ патолого-анатомическаго института, то удалить ихъ, конечно, легко преректальной простатотоміей. Однако, и здѣсь операція была бы показана лишь въ томъ случаѣ, когда камни вызывали бы интенсивные болѣзненные припадки, или камневья полости инфицировались и грозили вышеописанной опасностью организму. На упомянутыхъ препаратахъ института все-таки приходится убѣждаться, что даже 2—3 сравнительно большія полости, биткомъ набитыя камешками, при жизни субъектовъ рѣшительно ничѣмъ не обнаруживались и были совершенно случайно найдены въ объектѣ анатомическаго театра.

---

## Литература.

---

- 1) *Albarran*. Maladies de la prostate. Concretions et calculs de la prostate. Traité de Chir. Dentu-Delbet. T. IX, chap. IV.
- 2) *Alexander, S.* Reports of a case of vesical and prostatic calculs. Jour. of cutan. and gen.-urin. diseases 1891. См. *Frisch*.
- 3) *Bangs*. Calculs multiples de la prostate. Med. New. 1897. Ann. des mal. des org. gen. urin. 1897, № 5, p. 555.
- 4) *Bataille*. Calcul prostatique et calculs vesical. Ann. des mal. gen.-urin. 1899, № 1, p. 111.
- 5) *Beraud*. Cystotomie sus-pubienne temporaire pour gros calcul vesical (?) avec accidents infectieux. Arch. prov. de Chir. 1895, mai; Ann. des mal. g.-urin. 1895, № 9.
- 6) *Berger*. Volumineux calcul de l'urethre. Soc. de Chir. 1902, 2 dec. Ann. gen.-urin. 1903, № 14.
- 7) *Bonneau, R.* Lithiase prostatique. Ann. g.-urin. 1908, № 14.
- 8) *Camelot*. Calcul urethro-prostatique. Ann. g.-ur. 1907, № 22.
- 9) *Cathelin*. Calcul en sablier vesico-urethral enlevé par la taille perineale. Ann. gen.-urin. 1907, № 4.
- 10) *Cathelin et Villaret*. Un cas rare de calcul vesico-prostatique. Ann. gen.-urin. 1904, № 9.
- 11) *Demoulin et Durand*. Calcul de la prostate. Soc. Anat. 1898, Bd. XII. Ann. gen.-ur. 1899, № 3.
- 12) *Desnos*. Traitement des calculs de la region prostatique. III-e session de l'Assoc. franç. d'Urologie, Paris. 1898, p. 262. Ann. gen.-urin. 1898, № 11.
- 13) *Durrieux*. Calcul de l'urethre prostatique chez un enfant Kabyle. Etude clinique sur les calculs de cette region. Assoc. franç. d'Urologie, sess. 1905, 5 oct. Ann. gen.-urin. 1905, p. 1652.
- 14) *Eastmann*. Zur Entstehung der Carpuscula amylacea in der Prostata. Inaug. Dissert. Berlin. 1898. Dermat. Zeitschr. 1898, Bd. III, Hft. 4.
- 15) *Eastmann*. L'origine des corps amylicés de la prostate. Ann. gen.-urin. 1899, № 4, p. 446.
- 16) *Ferreri*. Voluminoso calculo della prostata. Le Speriment. 1886, S. 176. См. *Albarran*.
- 17) *Filliatre*. Calcul de la vessie, de l'urethre et de l'urethere. Soc. Anat. 1902, avril. Ann. gen.-ur. 1903, № 4.

- 18) *Frisch* von. Die Krankheiten der Prostata. Trav. bibliogr. Ann. gen.-urin. 1899, № 10.
- 19) *Genouville*. Presentation d'un calcul urethro-perineal en X-me sess. de l'Assoc. franc. d'Urologie, 1906, 5 oct. Ann. gen.-urin. 1906, p. 1571.
- 20) *Golding-Bird*. Of case of multiple prostatic stones. Brit. med. Journ. 1898, 2 juill. Ann. gen.-urin. 1899, № 9, p. 1007.
- 21) *Heresco*. Des calculs de la region prostatique. (Leçon clinique de prof. Guyon recueillie et publiée par Heresco). Ann. gen.-ur. 1899, № 1, p. 1—14.
- 22) *Kenig*. Частная хирургія, т. II, стр. 1018. Инородныя тѣла въ предстат. железѣ. Calculi prostatici.
- 23) *Legueu, F.* De calculs de la portion prostatique de l'urethre. Ann. gen.-urin. 1895, № 9, p. 769.
- 24) *Legueu, F.* Calcul vesico-prostatique. Dentu-Delbet, T. IX, p. 95 (Maladies de la vessie).
- 25) *Levison*. Calcul prostatique extrait par la perinée. Ann. gen.-urin. 1902, № 6, p. 720.
- 26) *Михайловъ, П.* Камень, застрявшій въ уретрѣ у дѣвочки. Врачъ, 1896, № 41.
- 27) *Morris*. Болѣзни и поврежденія половыхъ и мочевыхъ органовъ. Русск. пер. 1901, гл. XVIII.
- 28) *Pasteau, O.* Etude sur les calculs de la prostate. Anatomie pathologique et pathogenesie. Ann. gen.-urin. 1901, № 4, p. 416.
- 29) *Paulizky*. Ueber die Corpuscula amylacea in der Prostata. Virch. Arch. Bd XVI, s. 147.
- 30) *Picqué*. Hypertrophie de la prostate. Calculs prostatiques. Progrès med. 1884, № 20.
- 31) *Подвысоцкій*. Основы общ. и эксперим. патологии. 1905, отд. III.
- 32) *Posner*. Studien über Steinbildung. II Ueber Prostataconcretionen. Zeitschr. f. kl. Med. 1889, Bd. XVI, S. 144—160.
- 33) *Quenu et Pasteau*. Etude sur les calculs urethraux chez la femme. Ann. gen.-urin. 1896, avril, p. 289—326.
- 34) *Rochet et Mouton*. Calculs endogenes de la prostate. Ann. gen.-urin. 1908, № 7, p. 533—541.
- 35) *Rousseau*. (Mexique). Volumineux calcul de la prostate. Extraction par la voie parineale. Ann. gen.-urin. 1899, № 7, p. 711 (Rapport de Bazy. Soc. de Chir. 1898, 7 dec.).
- 36) *Souligoux*. Calcul vesico-prostatique. Ann. g.-ur. 1899, № 7.
- 37) *Spencer*. Prostatic calculs. Philad. Med. Journ. 1900, VI, p. 457. Ann. g.-ur. 1901, № 2, p. 197.
- 38) *Stilling*. Beobachtungen über die Function der Prostata und über die Entstehung der prostatischen Concremente. Virch. Arch. 1884, Bd. XCVIII, Hft. I.
- 39) *Tarnaud, R.* Etude sur les calculs de la prostate. Thèse de Paris, 1901.

- 40) *Thompson*. Curious nucleus of a calculus situated in the prostate. Ind. med. Rec. 1902, XXIII, p. 452. Ann. gen.-urin. 1903, № 20, bibliogr.
- 41) *Virchow*. Prostatocoactionen beim Weibe. Virch. Arch. Bd. V.
- 42) *Земляницынъ*. Къ исторіи происхожденія амилоидныхъ тѣлъ предстательной железы. Диссерт. 1876, С.-Петербург.
- 43) *Хольцовъ, Б.* Русская хирургія. Выпускъ 21 (часть V), гл. XI. Камни предстател. железы и предстат. отдѣла мочеиспускат. канала. Стр. 117—123.
-

О Б З О Р Ы  
ВРАЧЕБНОЙ ДѢЯТЕЛЬНОСТИ

КЛИНИКЪ

Императорской Екатерининской Больницы

съ 1 сентября 1907 по 1 сентября 1908 г.

---



*Обзоры составлены врачами клиникъ подъ ред. директоровъ  
и завѣдующихъ отдѣленіями.*

## 1. Болѣзни органовъ пищеваренія.

1 случай stomatitis aphtosa у женщины.

1 случай рака пищевода у мужчины.

3 случая острыхъ гастритовъ — въ этиологiи которыхъ отмѣчены погрѣшности въ пищѣ и питьѣ; случай хроническаго гастроэнтерита, развившагося вслѣдъ за острымъ желудочно-кишечнымъ заболѣваніемъ; до поступления въ клинику тянулся 4 мѣсяца; при изслѣдованiи желудочнаго сока много слизи, отсутствіе HCl, въ испражненіяхъ — слизь и множество лейкоцитовъ; выздоровленіе.

Атрофическій катарръ желудка у алкоголика; во время пребыванія больного въ клиникѣ выступили симптомы атрофическаго цирроза печени.

9 случаевъ язвы желудка: 7 у мужчинъ и 2 у женщинъ; въ одномъ были большія желудочныя кровотеченія; во время одного изъ послѣднихъ больной и былъ доставленъ въ клинику, въ состоянiи глубокаго малокровія; выздоровленіе.

Въ другомъ случаѣ язва, лежавшая у выхода желудка, сопровождалась расширеніемъ послѣдняго; обычное лѣченіе язвы желудка, комбинированное съ промываніемъ, дало хорошіе результаты.

Въ одномъ случаѣ круглая язва желудка у молодого истощеннаго неврастеника сопровождалась фосфатуріей при нейтральной реакціи мочи. Лѣченіе молочной діетой не дало благопріятныхъ результатовъ; назначеніе смѣшанной діеты — яйца, икра, протертое мясо, сливочное масло — благопріятно повліяло на фосфатурію и общее состояніе питанія больного; послѣдній выписался съ значительнымъ улучшеніемъ.

Въ прочихъ случаяхъ, также кончившихся выздоровленіемъ, питаніе сводилось къ діететическому лѣченію, комбинированному съ лѣченіемъ большими количествами висмута.

2 случая crises gastriques при начинающемся tabes'ѣ; оба больные имѣли lues.

Въ одномъ изъ случаевъ, гдѣ специфическое лѣченіе никогда не было проведено въ достаточной мѣрѣ, — примѣненіе ртути дало разительное улучшеніе: приступы болей, до тѣхъ поръ тянувшіеся 3 мѣсяца, исчезли, больной прибавилъ въ вѣсѣ на 17 фунтовъ.

4 случая хроническихъ колитовъ; два у мужчинъ, 2 у женщинъ: въ одномъ случаѣ долготѣнее существованіе истеріи, а въ двухъ—гилогенной неврастеніи предшествовали появленію колита; въ четвертомъ случаѣ колитъ явился слѣдствіемъ перенесенной дизентеріи. Во всѣхъ случаяхъ, кромѣ третьяго, выздоровленіе.

Случай хронической дизентеріи, описанный въ отдѣльной статьѣ ежегодника.

1 случай копростата.

Случаевъ воспаленія червеобразнаго отростка было 13: мужчинъ—10; женщинъ—3.

Изъ нихъ 2 были подвергнуты операции, 10 выздоровѣло безъ оперативнаго вмѣшательства; въ одномъ случаѣ, гдѣ больной былъ доставленъ съ явленіями общаго перитонита,—наступила смерть; вскрытіе дало: разлитой гнойный перитонитъ, какъ слѣдствіе прободенія червеобразнаго отростка.

## 2. Болѣзни печени.

Изъ болѣзней печени въ текущемъ отчетномъ году чаще всего встрѣчались случаи желчно-каменной болѣзни, въ общемъ—6 случаевъ: 4 у женщины, 2 у мужчинъ. Изъ нихъ въ двухъ желтуха сопровождала приступы печеночной колики; во всѣхъ случаяхъ была констатирована чувствительность желчнаго пузыря; а въ двухъ—и увеличеніе послѣдняго. Во всѣхъ случаяхъ наступило выздоровленіе.

Три случая cholelithiasis'a были доставлены въ клинику уже съ явленіями тяжелаго ангиохолита; всѣ они оперированы; кончались летально. Одинъ случай катарральной желтухи у молодого мужчины, кончившейся выздоровленіемъ. Два случая сифилиса печени у молодой женщины и дѣвушки; въ обоихъ случаяхъ въ анамнезѣ нельзя было открыть, lues наслѣдственный или пріобрѣтенный; діагнозъ основывался на консистенціи и характерномъ измѣненіи формы печени; успѣхъ специфическаго лѣченія подтверждаетъ діагнозъ.

*Случаи билиарнаго цирроза печени вслѣдствіе закупорки желчевыводящихъ путей.*

1 случай желчевого цирроза печени вслѣдствіе закупорки желчнаго протока у мужчины 52 лѣтъ, у котораго послѣ повторныхъ приступовъ печеночной колики наступила желтуха, продолжавшаяся 2 мѣсяца. Клиническіе симптомы: большая и плотная печень, увеличенный желчный пузырь, увеличенная селезенка, желтуха; отсутствіе кахексии и асцита. Незначительное улучшеніе. 1 случай желчевого цирроза неизвѣстнаго происхожденія (быть можетъ, вслѣдствіе хроническаго панкреатита) у женщины 33 лѣтъ. Больна—около года; желтуха, исподволь развившаяся, неокрашенныя испражненія, равномерное увеличеніе печени, при плотной ея консистенціи; селезенка увеличена;

малярии не было; прямыхъ указаній на lues нѣтъ, кромѣ того, что было 2 выкидыша. Температура нормальная, лейкоцитоза нѣтъ. Отъ операціи больная отказалась. При специфическомъ лѣченіи (іодъ и 24 фрикціи) наступило незначительное улучшеніе: зудъ въ головѣ уменьшился, въ вѣсѣ больная прибыла на 4 ф.; въ прочемъ перемѣнъ нѣтъ.

Другой подобный же случай у мужчины 51 года, гдѣ желтуха, постепенно развившаяся, продолжалась болѣе года; въ анамнезѣ отсутствіе какого-либо этиологическаго момента. Печень равномерно увеличена, плотна, желтуха, испражненія обезцвѣчены, селезенка не увеличена; явленія легкаго нефрита. Специфическое лѣченіе не дало рѣшительныхъ результатовъ.

1 случай атрофическаго венознаго цирроза у женщины 45 лѣтъ; въ анамнезѣ брюшной тифъ и кишечныя разстройства. Повторными проколами было выведено первый разъ 17 литровъ, во второй 15 литровъ асцитической жидкости.

1 случай гипертрофическаго венознаго цирроза у алкоголика, сопровождавшійся большими кровотечениями изъ rectum. Значительное улучшеніе.

1 случай малярійнаго цирроза печени у мужчины среднихъ лѣтъ; антималярійное лѣченіе дало улучшеніе.

1 случай гипертрофическаго билиарнаго цирроза Hanot у мужчины 37 лѣтъ.

3 случая абсцесса печени, которые описаны отдѣльно.

1 случай цирроза печени и новообразованія печени у мужчины 50 лѣтъ, алкоголика, перенесшаго много лѣтъ назадъ тифъ.

Печень прощупывается въ подреберьѣ: плотной и твердой консистенціи; въ наличности асцитъ, развитіе подкожныхъ венъ, поносы, отекъ ногъ. Быстрое развитіе болѣзни и кахектичный видъ больного заставили думать и о новообразованіи печени. Въ виду быстрого нарастанія асцита, накопившаяся жидкость была выпущена *per latoriam*; субъективное улучшеніе; смерть отъ истощенія. При вскрытіи гепатоаденома и циррозъ печени.

1 случай новообразованія головки поджелудочной железы у мужчины 63 лѣтъ. Къ желтухѣ, развившейся исподволь за нѣсколько недѣль до поступленія въ клинику, присоединились явленія остраго перитонита; смерть. При вскрытіи — гнойный перитонитъ вслѣдствіе вскрытія гнойника печени въ брюшную полость; восходящій гнойный ангиохолитъ; ракъ головки поджелудочной железы.

### 3. Болѣзни брюшины.

Воспаленія брюшины было 4 случая — первый изъ нихъ былъ доставленъ въ клинику съ явленіями перитонита; предполагаемая причина — аппендицитъ; смерть; при вскрытіи оказалось, что перитонитъ

произошелъ въ слѣдствіе прободенія круглой язвы двѣнадцатиперстной кишки.

Второй случай—гнойный перитонитъ, какъ слѣдствіе гангренознаго аппендицита.

Третій — перитонитъ послѣ ушиба у пожилой женщины. Послѣ травмы—ударъ объ уголъ стола—появились боли въ животѣ, вздутіе его, рвота. Явленій кровоизліянія въ брюшную полость, равно признаковъ нарушенія цѣлости паренхиматозныхъ органовъ открыть не удастся. Выздоровленіе.

Четвертый — случай туберкулезнаго перитонита у 55-лѣтняго крѣпкаго тѣлосложенія мужчины. Больной явился въ клинику, жалуясь на увеличеніе живота; въ анамнезѣ указаній на туберкулезъ — у больного или въ его семьѣ—никакихъ. Двусторонній плевритъ; субфебрильная температура. Асцитъ; селезенка и печень уклоненія отъ нормы не представляютъ. Пробныя пункции даютъ слѣдующіе результаты: въ плеврахъ экссудатъ—съ лимфоцитарной формулой, асцитъ—воспалительнаго происхожденія—содержитъ лимфоциты и много сгустившагося эпителія; впрыскиваніе 10 с. см. асцитической жидкости въ брюшную полость морской свинки вызвало смерть послѣдней отъ міліарнаго туберкулеза брюшины. Calmette даетъ положительный результатъ. Укрѣпляющее лѣченіе и неоднократное выпусканіе асцитической жидкости—дали благопріятные результаты; — асцитъ не прибавлялся, больной прибавился въ вѣсѣ.

#### 4. Болѣзни мочевыхъ органовъ.

Въ минувшемъ отчетномъ году острое воспаленіе почекъ наблюдалось только въ одномъ случаѣ — у мужчины 20 л., который послѣ 26-дневнаго пребыванія въ больницѣ выписался безъ отековъ, количество же бѣлка съ  $4\frac{1}{2}$  упало до  $\frac{1}{2}$  pro mille.

Съ хроническимъ воспаленіемъ почекъ было 18 мужч. и 9 женщ., при чемъ въ 10 случаяхъ (6 м. и 4 ж.) больные поступили въ больницу въ стадіи обостренія хроническаго нефрита. По возрасту больныхъ можно распредѣлить слѣдующимъ образомъ: 17 — 30 лѣтъ — 6 случаевъ, 30 — 40 лѣтъ — 7 случаевъ и старше 40 лѣтъ — 14 случаевъ. У 9 больныхъ (7 м. и 2 ж.), кромѣ хроническаго нефрита, были рѣзко выражены еще явленія хроническаго міокардита. Что касается до этиологіи, то чаще всего, особенно у мужчинъ (14 случ.), въ анамнезѣ отмѣчается abus<sup>us</sup> in Vaccho, въ 5 случ. — вліяніе холода, въ 2-хъ — многократныя инфекціонныя заболѣванія, въ остальныхъ 6-ти этиологія оставалась невыясненной. Уремическіе припадки наблюдались въ 7 случаяхъ, изъ которыхъ 6 окончились летально. Увеличеніе сердца можно было констатировать у всѣхъ больныхъ. Аутопсій было 7,

остальные больные выписались въ состояніи болѣе или менѣе значительнаго улучшенія.

Случаевъ піелита было 8 (3 м. и 5 ж.); у 2-хъ мужчинъ піелитъ былъ гоноройнаго происхожденія, у 1 мужч. и 1 женщ. піелитъ стоялъ въ связи съ подвижностью правой почки, въ 1 случаѣ піелитъ сочетался съ хлорозомъ, у 2 больныхъ (женщ.), страдавшихъ хроническими запорами, піелитъ былъ вызванъ кишечной палочкой; у одной больной 64 л.—почечными камнями. Увеличеніе правой почки, постоянное присутствіе крови въ мочѣ и отсутствіе малѣйшаго успѣха отъ терапіи заставляло заподозрѣть у этой больной еще новообразование правой почки.

Почечная колика наблюдалась у 3 мужч. и 6 женщ. Въ 3-хъ случаяхъ боли локализовались въ области лѣвой почки, въ остальныхъ правой. У 2-хъ женщинъ кромѣ колики можно было констатировать и подвижность правой почки. Въ 2-хъ случаяхъ почечная колика сочеталась съ печеночной. Въ большинствѣ случаевъ въ мочѣ было значительное количество уратовъ и только въ 1 случаѣ колика обуславливалась оксалуріей.

Больныхъ съ туберкулезнымъ пораженіемъ мочевыхъ органовъ было 2: женщ. 25 лѣтъ съ діагнозомъ *tuberculosis vesicae urinar., renis dextri* и мужч. 21 г. съ діагнозомъ *pleurit. exs. sin., prostat., epididymit, cystit. tuberculos.* Въ мочѣ этихъ больныхъ *bc. tbc.* находился въ громадномъ количествѣ. Оба больные выписались.

Новообразование мочевого пузыря наблюдалось только въ 1 сл.—у женщины 54 лѣтъ, которая была переведена въ хирургическое отдѣленіе.

## 5. Болѣзни сердца и сосудовъ.

Болѣзни сердца и сосудовъ въ отчетномъ году распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

### *Пороки клапановъ.*

1. *Недостаточность митральнаго клапана*—5 случаевъ (все мужч.); 1 случай кончился смертью, въ остальныхъ болѣе или менѣе значительное улучшеніе. Въ этиологическомъ отношеніи въ трехъ случаяхъ отмѣчается острый сочленовый ревматизмъ, въ 1 случаѣ предшествовавшія инфекціонныя заболѣванія, 5-й случай сопровождался хроническимъ гиперпластическимъ перигепатитомъ и хроническимъ перитонитомъ, при чемъ этиологическій моментъ, кромѣ отмѣченной больнымъ маляріи, выяснить не удалось.

2. *Стенозъ лѣваго венознаго отверстія*—8 случаевъ (6 жен., 2 муж.). Въ 7 случаяхъ больные выписались съ болѣе или меньшимъ улучшеніемъ, въ 1 случаѣ летальный исходъ. Въ 4-хъ случаяхъ этиологическимъ моментомъ являлся сочленовый ревматизмъ, въ 2-хъ случаяхъ, повидимому, *lues*, въ 1 случаѣ предшествовавшія инфекціонныя заболѣванія, въ 1 случаѣ этиологія не выяснена. Въ 1 случаѣ было

осложненіе подострымъ эндокардитомъ, въ 2-хъ случаяхъ острымъ сочленовымъ ревматизмомъ (повторно) и въ 1 случаѣ arthritis deformans.

3. Въ 6 случаяхъ (5 жен., 1 муж.) комбинація суженія лѣваго венознаго отверстія съ недостаточностью митральнаго клапана (5 сл. улучшение, 1 — смерть). Этіологія: въ 3-хъ случаяхъ отмѣчается острый сочленовый ревматизмъ, 1 случай, повидимому, послѣ скарлатины; въ 2-хъ случаяхъ этіологія не выяснена.

4. Недостаточность аортальныхъ клапановъ — 9 случ. (4 муж., 5 жен.). Въ этіологическомъ отношеніи распредѣлялись слѣдующимъ образомъ: Lues — 2 сл., острый сочленовой ревматизмъ 1 случ.; 1 случ. повторная травма; 2 случая злоупотребленіе алкоголемъ и табакомъ; 2 случая съ неясной этіологіей. Въ 1 случаѣ было осложненіе острымъ эндокардитомъ, въ 1 случаѣ подострымъ ревматизмомъ (повторно), въ 1 случ. экссудативнымъ плевритомъ. 1 случ. кончился летально, 8 выписались съ улучшеніемъ.

5. 1 случай стеноза аорты (женщ.) сопровождался polyarthritis rheumatica subacuta (поправился).

6. 1 случай комбинированное пораженіе аортальныхъ (insuffic.) и митральнаго клапановъ (ум.).

Аневризма аорты всего 17 случ. (6 женщ., 11 муж.). Умерло изъ нихъ 6. Въ 8 случаяхъ расширеніе аорты сопровождалось недостаточностью аортальныхъ клапановъ. Въ 2-хъ случаяхъ аневризма восходящей части распространялась на truncus anonyus (въ томъ числѣ 1 разъ также и на arteria subclavia). Въ остальныхъ случаяхъ было расширеніе partis ascendentis et arcus aortae. Въ 2-хъ случаяхъ аневризма сопровождалась tabes dorsalis. Въ этіологическомъ отношеніи въ 12 случаяхъ удалось выяснить lues.

Myocarditis chronica всего 21 сл. (14 муж., 6 жен.). Въ 5 случаяхъ на первый планъ выступали явленія артеріосклероза и стенокардіи, при чемъ въ 3-хъ случ. отмѣчается aortitis chronica. Въ 2-хъ случаяхъ миокардитъ сопровождался хроническимъ нефритомъ, въ 2-хъ случаяхъ рѣзко выраженной эмфиземой легкихъ. Умерло — 4, выписалось — 16. Въ этіологическомъ отношеніи можно указать:

Abusus spirituosor . . . . .	7 сл.
Предшествовавшія инфекціонныя бол. . . . .	6 „
Lues . . . . .	2 „
Послѣродовыя заболѣванія. . . . .	1 „
Суставной ревматизмъ . . . . .	1 „
Старческая дряхлость. . . . .	1 „
Этіологія не ясна . . . . .	2 „

Pericarditis acuta — 2 сл. (муж.). 1 сл. сопровождался экссудативнымъ плевритомъ и острымъ сочленовымъ ревматизмомъ (выздоро-

вѣлъ). і умеръ при явленіяхъ гнойнаго піэлонефрита, развившагося послѣ уретральныхъ инъекцій.

і сл. Insuff. v. mitr. (муж.) послѣ повторнаго сочленоваго ревматизма, осложнившагося эндокардитомъ. Въ крови найденъ стрептококкъ. Больной умеръ.

і сл. Септический эндокардитъ аортальныхъ клапановъ послѣ сочленоваго ревматизма (жен.).

*Trombophlebitis venae tibial. posterior. sin.* (муж. 50 лѣтъ) на почвѣ варикозныхъ расширеній венъ. (Выписался съ улучшеніемъ).

## 6. Болѣзни органовъ дыханія.

Изъ болѣзней органовъ дыханія наибольшее число заболѣваній падаетъ на крупозное воспаленіе легкихъ и на плевритъ. Туберкулезные больные принимались за отчетный годъ въ большемъ противъ обыкновеннаго числѣ въ виду необходимости имѣть достаточный матеріалъ для веденія пропедевтической клиники. Крупозныхъ пневмоній было всего 41 случай; изъ нихъ мужчинъ 25 и женщинъ 16.

Съ крупознымъ воспаленіемъ лѣвой нижней доли было 16 случаевъ, правой нижней 10, верхней правой доли 6, верхней лѣвой 3, средней доли праваго легкаго 2, двусторонней крупозной пневмоніи 2, всѣхъ трехъ долей праваго легкаго 1, ползучей формы пневмоніи 1.

Смертью кончилось—6 случаевъ: одинъ — артеріосклеротикъ, получившій пневмонію, осложнившуюся эмпіемой; второй случай, гдѣ крупозная пневмонія у 53-лѣтней женщины протекала вмѣстѣ съ веррукознымъ эндокардитомъ и лѣвосторонней эмпіемой; третій — крупозная пневмонія у больного съ гипертрофіей и вторичнымъ расширеніемъ сердца; четвертый — ползучая пневмонія у потатора, перешедшая въ гангрену легкаго; пятый — пневмонія у 65-лѣтней женщины съ хроническимъ міокардитомъ; шестой случай смерти отъ крупозной пневмоніи, осложненной нефритомъ и перикардитомъ. Изъ 35 случаевъ крупозной пневмоніи, кончившихся выздоровленіемъ безъ осложнений, протекли 25 случаевъ; въ 10 остальныхъ осложненія были слѣдующія: а) алкольные невриты (1), б) острый нефритъ (4), в) эмпіема (1), d) абсцессъ легкаго (1), е) тромбофлебитъ на нижней конечности, сопровождавшійся эмболией легкаго (1), f) интерстиціальная пневмонія (1), g) затяжная форма пневмоніи съ міокардитомъ и піэлитомъ.

Гриппозныхъ пневмоній было 4 случая, всѣ кончились выздоровленіемъ.

Одинъ случай пневмоніи, вызванной инфекціей *bacil Friedländer'a* и стафилококкомъ, и случай затяжной стрептококковой пневмоніи, кончились выздоровленіемъ.



Случай лобарной пневмонии, вызванной смешанной инфекцией диплококкомъ и стрептококкомъ; послѣдствіе — эмпіема; операція — смерть; при вскрытіи, кромѣ эмпіемы, гангрена легкаго на мѣстѣ бывшей пневмонии.

3 случая бронхопневмонии, изъ которыхъ одинъ у женщины истощенной и слабой кончился смертью.

1 случай хроническаго бронхита съ эмфиземой и міокордитомъ.

2 случая бронхоэктазій; одинъ у мужчины 28 лѣтъ, расширение бронха развилось вслѣдъ за какимъ-то острымъ легочнымъ заболѣваніемъ, бывшимъ нѣсколько лѣтъ назадъ; другой у женщины, 26 лѣтъ, послѣ ушиба грудной клѣтки. Въ обоихъ случаяхъ терапія имѣла незначительный успѣхъ.

3 случая бронхіальной астмы, всѣ съ эозинофіліей въ крови и характерными признаками въ мокротѣ.

Одинъ изъ этихъ случаевъ, осложненный туберкулезнымъ процессомъ въ одной верхушкѣ и фокусомъ катарральной пневмонии въ нижней долѣ другого легкаго, протекалъ съ высокой температурой, державшейся нѣсколько недѣль. Выздоровленіе. Замѣтимъ, что горячія ножныя ванны, по нашимъ наблюденіямъ, оказываютъ хорошую услугу въ лѣченіи припадковъ бронхіальной астмы.

Плевритическихъ экссудатовъ было 13 случаевъ; изъ нихъ 10 у мужчинъ и 3 у женщинъ; въ 7 случаяхъ экссудатъ былъ правосторонній, въ 6 — лѣвосторонній.

Въ восьми случаяхъ цитологическая формула экссудата, равно положительный результатъ реакціи Calmett'a говорили въ пользу туберкулезной природы экссудатовъ; въ одномъ случаѣ — плевритическій экссудатъ у нефритика имѣлъ цитологическую формулу, характерную для выпотовъ застойнаго и токсѣмическаго происхожденія — преобладаніе полинуклеаровъ и большое количество эндотеліальныхъ клѣтокъ.

Въ одномъ случаѣ экссудатъ былъ молочнаго цвѣта и густой консистенціи; эти свойства экссудата зависѣли отъ массы холестерина въ немъ заключавшагося; въ другомъ случаѣ встрѣчались съ псевдохилезнымъ экссудатомъ: послѣдній не содержалъ кристалловъ холестерина, равно нельзя было микрохимически обнаружить въ немъ присутствія жировыхъ капель; при обрабатываніи эфиромъ жидкость не просвѣтлялась, наоборотъ, отъ прибавленія уксусной кислоты она значительно свѣтлѣла; подъ микроскопомъ въ полѣ зрѣнія обнаруживалось множество мельчайшихъ зернышекъ.

Въ одномъ случаѣ туберкулезнаго происхожденія плевритическій экссудатъ (цитологическая формула, положительный Calmette) сочетался со струмой сифилитическаго происхожденія; зараженіе lues'омъ произошло за 3 мѣсяца до заболѣванія плевритомъ, а появленіе струмы — въ теченіе заболѣванія плевритомъ.

Специфическое лѣченіе, предпринятое вслѣдъ за выпусканіемъ экссудата, быстро устранило струмы.

Въ одномъ случаѣ плевритическій экссудатъ присоединился къ циститу и простатиту туберкулезнаго происхожденія.

Въ одномъ случаѣ геморрагическій экссудатъ у туберкулезнаго больного содержалъ множество эозинофиловъ.

Въ одномъ случаѣ, который не удалось прослѣдить до конца, діагносцировано было новообразованіе плевры: при наличности гилогенной анэміи у 54-лѣтняго мужчины геморрагическій экссудатъ, содержащій во множествѣ большія эпителиодныя клѣтки.

Туберкулеза легкихъ за отчетное время было 17 случаевъ — 9 мужчинъ и 8 женщинъ. Смертью кончились 4 случая; одинъ отъ милиарнаго туберкулеза; три — вслѣдствіе глубокихъ разрушеній легочной ткани. Въ 10 случаяхъ наступило улучшеніе.

Одинъ случай субдіафрагмального абсцесса послѣ аппендицита; операція и выздоровленіе.

Одинъ случай опухоли средостѣнія у мужчины 66 лѣтъ, люэтика, смерть; при вскрытіи раковое новообразованіе изъ правой доли щитовидной железы, вторичный ракъ пищевода въ нижней его трети, стенозъ трахеи вслѣдствіе ея сжатія новообразованіемъ, метастазы въ железѣ средостѣнія.

## 7. Болѣзни крови.

Съ болѣзнями крови было 9 случаевъ — 4 мужчины и 5 женщинъ. Два случая окончились смертью.

### *Chlorosis.*

Крестьянки 20 л. и 15 л. У обѣихъ было небольшое увеличеніе сердца влѣво. У первой былъ шумъ у основанія и у верхушки съ 1-мъ временемъ. Кровь въ 1-мъ случаѣ: Нб 35%, эритр. 3900000, лейкоц. 14000. Въ анамнезѣ отмѣчаются золотуха, запоры, наследственность Тбс. Выписалась съ значительнымъ улучшеніемъ.

Во 2-мъ случаѣ Нб 37%, эритр. 4280000, лейкоц. 16220; при выпискѣ Нб 65%, эр. 4260000, лейкоц. 8460. Анамнезъ: запоры, пѣзлить.

### *Chloronaemia.*

Было 4 случая.

1) Акушерка 30 лѣтъ, въ анамнезѣ — кровотеченія послѣ выкидышей. Кровь Нб 30% эр. 3240000, лейкоц. 5600. Выписалась съ значительнымъ улучшеніемъ. 2 случая — у мужчинъ, послѣ кровопотери изъ задняго прохода, у одного на почвѣ геморроя, у другого на почвѣ цирроза печени. Въ обоихъ случаяхъ было увеличеніе сердца вправо и влѣво и шумъ съ 1-мъ временемъ у верхушки и у основанія. Кровь у больного съ циррозомъ: Нб 35%, эритр. 1720000, лейкоц. 1720. При выпискѣ: Нб. 35%, эр. 2160000 и лейкоц. 8860, у больного съ геморроемъ: Нб 24%, эритр. 3000000 и лейкоц. 73900. При выпискѣ: Нб 36%, эр. 4900000 и лейкоц. 4940.

Одинъ случай заслуживаетъ болѣе подробнаго упоминанія вслѣдствіе измѣненій крови, свойственныхъ скорѣ пернициозной анеміи, чѣмъ собственно хлоранеміи.

Крестьянка 27 л. Анамнез: носовые кровотечения в дѣтствѣ. 2 года назадъ ленточные глисты и 6 недѣль назадъ выкидышъ съ большими кровопотерями. При поступленіи увеличеніе печени и селезенки, увеличеніе сердца влѣво. Шумы съ 1-мъ временемъ у верхушки, приглушеніе и выдохъ въ верхушкѣ праваго легкаго. Т° 37,2, кости болѣзненны при давленіи. Кровь: Hb 29%, эритроц. 2490000, лейкоц. 4520. Макро- и микроциты, мегалобласты и тюрковскія клѣтки. Лѣченіе: ferrugine, мышьякъ и высокія клизмы. При выпискѣ кровь: Hb 70%, эр. 3160000 и лейкоц. 7040. Общее улучшеніе.

*Anaemia perniciosa.*

Оба случая надо считать вторичными.

Крестьянка 52 л. Кровь: Hb 28%, эр. 2200000, лейкоц. 11990. Макро- и микроциты эритробласты, эритроциты неправильной формы съ ясно выраженной полихроматофилией. Увеличеніе сердца въ обоихъ размѣрахъ. Шумы у верхушки и у основанія съ 1-мъ временемъ. Увеличеніе селезенки и печени (cancer). На аутопсіи cancer hepatis et Hyperplasia medullae osseae.

2) Крестьянка 54 лѣтъ. Hb 21%, эритроц. 2160000, лейкоц. 13400. Эритробласты и эритроциты съ полихромазіей, увеличеніе селезенки. Т° 38. Endothelioma pleurae sinistrae.

*Morbus Werlhofii.*

Hb 75%, эр. 3220000, лейкоц. 4580. Особыхъ морфологическихъ измѣненій въ крови не найдено. Сердце увеличено въ обоихъ размѣрахъ на палецъ, печень увеличена. На кожѣ темносинія пятна величиною съ серебряный пятакъ. Pneumonia bilateralis supura, periphritis acuta, oedema glottidis. При аутопсіи, кромѣ вышесказаннаго, было найдено измѣненіе въ кишечникѣ, а именно почти на серединѣ длины тонкой кишки видна спайка петли кишекъ; при разрѣзѣ — язва, окруженная плотными спайками, вслѣдствіе чего получается сообщеніе верхней части петли съ нижней. Лимфатическія фолликулы кишечника мѣстами набухли. Въ тонкой кишкѣ, сообразно Пейеровымъ бляшкамъ, макроскопически видны потери вещества желѣзъ съ послѣдующимъ образованіемъ рубцовъ. Забрюшинныя железы измѣненій не представляютъ.

## 8. Инфекціонныя болѣзни.

За истекшій академическій годъ (IX/1907—IX/1908) всѣхъ инфекціонныхъ больныхъ было зарегистрировано 30 человекъ, изъ числа коихъ: 19 случаевъ съ диагнозомъ typhus abdominalis, 3 сл.—influenza, 3 сл.—malaria, 3 сл.—rheumatismus articularis acutus, 1 сл.—rheumatismus subacutus, 2 сл.—polyarthritidis chronica, 1 сл.—polyarthritidis gonorrhoeica, 5 сл.—dysenteria, 1 сл.—status typhosus и 1 сл. съ предполагаемымъ typhus recurrens.

Изъ 19-ти тифозныхъ больныхъ, выписавшихся съ поправленіемъ, было 11 мужчинъ и 8 женщинъ; первые въ возрастѣ отъ 16-ти до 32 лѣтъ, вторыя — отъ 21 до 52 лѣтъ. По времени отъ начала заболѣванія до поступленія въ больницу значатся: одинъ случай на 4-й день болѣзни, 2 сл.—въ концѣ четвертой недѣли, а прочіе — на второй и третьей недѣлѣ. Продолжительность болѣзни, считая отъ начала ея до lysis'a включительно, распредѣлялась слѣдующимъ образомъ: въ одномъ случаѣ 6 дней, въ 7 сл. отъ 16—20 дней, въ 9 сл. отъ 21—30 дней, въ одномъ lysis закончился на 35 д., а въ двухъ

случаяхъ — на 40-й день болѣзни. *Recidiv*'ы отмѣчены у двухъ больныхъ: у одного, — перенесшаго 6 лѣтъ назадъ *lues*, а позднѣе — *blennorrhoea* и *malaria*, — начавшійся на 28 день болѣзни, протекалъ въ теченіе 18 дней, у другого, начавшись на 29-й день болѣзни, продолжался 2 недѣли.

Изъ осложненій, наблюдавшихся за теченіе болѣзни, отмѣчены: въ 5-ти сл. — бронхіальный катарръ, въ 3-хъ сл. — правосторонняя пневмонія, въ одномъ изъ нихъ, кромѣ того, отмѣченъ *trombophlebitis cruris dextri*, въ другомъ — гнойный правосторонній *periostitis* на нижней трети *ossis tibiae* при остромъ инфекціонномъ миокардитѣ; въ въ одномъ случаѣ осложненіе выразилось въ явленіяхъ *trombosis venae cruris sinistri*, въ одномъ — *abscessus sub scapulae dextri*, оперированный черезъ 3 дня отъ момента появленія острыхъ болей подъ лопаткой; въ случаѣ 52 лѣтней женщины съ тяжелыми менингіальными симптомами (*meningismus*) отмѣчены двусторонній *phlebitis acuta* и *hypostasis pulmonum*. Въ одномъ случаѣ былъ отмѣченъ туберкулезъ легкихъ, констатированный нахожденіемъ коховскихъ палочекъ въ мокротѣ. По отдѣльнымъ симптомамъ больные распредѣлялись слѣдующимъ образомъ: въ 4-хъ сл. — тошнота и рвота въ первую недѣлю болѣзни, въ 8-ми сл. — поносы, въ 9-ти сл. — *obstipatio*, въ 5-ти сл. — *gargouillement*, въ 14 сл. — селезенка прощупывалась, въ 13-ти сл. — *albuminuria* безъ форменныхъ почечныхъ элементовъ, въ одномъ случаѣ были найдены гіалиновые и зернистые цилиндры, въ 9-ти сл. — *diaso-reactia*, въ 5-ти сл. удался феноменъ *Widal*'я (1:100), въ двухъ случаяхъ — увеличеніе *cordis* влѣво до *lin. mammil. sin.*; частота пульса за время высокой температуры въ двухъ случаяхъ не превышала 120 уд. въ минуту, у прочихъ больныхъ — не чаще 110 уд.; головная боль въ 17-ти сл.; бредъ съ бессонницей — въ одномъ случаѣ; *roseola* — въ 9-ти случаяхъ; *diuresis* (до 3300 с.с.) послѣ *lysis*'а наблюдался у всѣхъ больныхъ безъ исключенія; въ одномъ случаѣ была *leikopenia* (4300 б.ш.).

Случай съ диагнозомъ *status typhosus* падаетъ на женщину 27 лѣтъ (по профессіи горничная), захворавшую за 7 дней до поступленія въ клинику, при чемъ за 2 дня передъ заболѣваніемъ имѣла чувство общаго недомоганія и незначительныя боли въ нижнихъ конечностяхъ, перешедшія при потрясающемъ энцефалѣ въ судороги; головная боль не оставляла больную до паденія t-ры (съ 40° с. до 37,2°) кризисомъ на 12-й день болѣзни; пульсъ за теченіе болѣзни не выходилъ изъ 120 уд. въ мин. При наличности ясной *diasoreactii*, при отсутствіи (перкуторно и пальпаторно) селезенки, розеолъ, а равно изслѣдованія крови, не представлялось возможнымъ отнести сей случай къ рубрикѣ брюшнаго тифа.

Въ одномъ случаѣ, 32-лѣтней женщины, доставленной въ безсознательномъ состояніи, съ желтухой на кожныхъ покровахъ и конъюктивахъ, съ желчными пигментами въ мочѣ, при частомъ слабomъ пульсѣ, былъ предположенъ дифференціально *typhus recurrens*. *Exitus letalis* наступилъ въ день поступленія въ больницу. Вскрытіе подтвердило предположеніе. Протоколъ вскрытія: *diagnosis anatomica: febris recurrens; degeneratio parenchymatosa organorum; icterus universalis; imbibitio et emphysema cadaverosa disseminata.*

*Malaria* констатирована была въ 3-хъ случаяхъ.

Первый — *febris intermit. tertiana*, представляла замужняя женщина, 58 лѣтъ, имѣвшая

20 родовъ и уже 15 лѣтъ кончившая менструировать; въ прошломъ перенесла брюшной тифъ, воспаленіе праваго легкаго, суставный ревматизмъ, а за послѣдніе 5 лѣтъ 3 раза плевритъ; больная захворала въ первый разъ перемежающейся лихорадкой въ Крыму. Послѣднее заболѣваніе началось со 2-го сентября 1907 года приступами черезъ день; 15-го сентября того же года больная была принята въ больницу съ жалобами на головную боль, поносы и боли въ челюстяхъ при явно увеличенной селезенкѣ. Въ больницѣ было 3 лихорадочныхъ приступа черезъ день (18—20—22 сент.), которые оставили больную послѣ нѣсколькихъ инъекцій хинина и послѣдующаго лѣченія 10% sol. patrii arsenicici sub cutanea.

2-й случай—*febris intermit quartana*—прикащикъ, 30 лѣтъ, съ значительнымъ похуданіемъ за послѣднюю болѣзнь, захворалъ въ первый разъ 5 лѣтъ назадъ въ Сухумѣ, гдѣ 3 мѣсяца лихорадилъ ежедневно; вторично—въ августѣ 1907 года—болѣлъ въ Гаграхъ (приступы лихорадки черезъ день). Въ началѣ февраля текущаго года снова заболѣваетъ, живя подъ Москвою въ Петровско-Разумовскомъ. Приступы лихорадки появлялись черезъ 2 дня на 3-тій съ предшествовавшими болями и потерей чувствительности въ пальцахъ верхнихъ и нижнихъ конечностей, а также тошнотой и болями въ лѣвомъ боку. Со времени поступленія въ больницу (18 февраля 1908 г.), въ теченіе 2-хъ недѣль, лихорадка (до 40,4° с.) продѣлала нѣсколько приступовъ съ двухдневными аперексіями при большой селезенкѣ (2 сантим. ниже ребернаго края) и съ плазмодіями Laveran'a въ крови. Упорное лѣченіе инъекціями chinin'a и мышьяка устранили возобновленіе приступовъ лихорадки, при чемъ селезенка уменьшилась вдвое за 2 недѣли до выписки больного (27 марта).

3-й случай—(*tebris intermit quartana etquotidiana*)—вдовья женщина, 47-ми лѣтъ, съ смѣщенной правой почкой, причиняющей постоянную боль въ соотвѣтствующей половинѣ живота. Впервые захворала лихорадкой съ двухдневными промежутками въ концѣ марта подъ Москвою, вблизи торфяныхъ болотъ, въ 5 верстахъ отъ „Болшева“. Значительное увеличеніе селезенки, плазмодіи Laveran'a въ крови, головныя боли за время приступовъ и обильныя поты по минованіи пароксизмовъ не заставляли сомнѣваться въ страданіи больной. Въ больницѣ (съ 16 апр.) первые два приступа чередовались черезъ два дня на 3-й, а послѣдующіе—ежедневно въ полуденные часы. Chinin подъ кожу 1—3 раза въ день, methylen blau 0,06+ Nucis moschat 0,1, въ облаткахъ отъ 1 до 3 разъ въ день дали больной возможность поправиться къ 15 мая т. года.

3 случая *influenz'ы*: одинъ мужчина (52 лѣтъ) и 2 женщины (60 и 23 л.). Мужчина, по профессіи педагогъ, потаторъ съ молодыхъ лѣтъ и курящій до 100 папирозъ въ день, перенесъ въ прошломъ *malari'ю*, 3 раза бленнорею, а 2 года назадъ брюшной тифъ; за 10 дней до поступленія въ больницу залихорадилъ съ тошнотой, рвотой и обильными потоми по ночамъ въ первые дни болѣзни. Въ больницѣ продолжалъ лихорадить 3 дня; на 4-й день t-ра пала до нормы съ улучшеніемъ общаго состоянія. Больной выписался съ поправленіемъ.

2-й случай—женщина, 60 лѣтъ, сидѣлка при больницѣ, поступила съ жалобами на головную боль и боли въ правой половинѣ лица при повышенной t-рѣ. Въ анамнезѣ больной значится брюшной тифъ 20 лѣтъ назадъ и проявленія мочекислаго діатеза, каковой за 3-хъ недѣльное пребываніе въ больницѣ выражался жалобами на боли въ грудной и реберныхъ костяхъ, а также почти во всѣхъ мелкихъ и крупныхъ суставахъ. Больная поправилась.

3-й случай—дѣвица, 23-хъ лѣтъ, представляла обычные симптомы *influenz'ы* съ катарромъ верхнихъ дыхательныхъ путей и ломотой въ поясницѣ. Черезъ 3 дня выписалась съ поправленіемъ.

*Dysenteria* наблюдалась въ 5-ти случаяхъ: у двухъ мужчинъ (24 и 30 лѣтъ) и 3-хъ женщинъ (19—47—55 лѣтъ), выписавшихся съ поправленіемъ черезъ 2—4 недѣли отъ начала заболѣванія.

Rheumatismus articularis acutus—въ 3-хъ случаяхъ: у двухъ мужчинъ (18—19 лѣтъ) и одной женщины (33 лѣтъ). У мужчинъ (изъ анамнеза-потаторы), кромѣ припуханія и болѣзненности въ крупныхъ суставахъ при  $t-p^{\circ} 39,6^{\circ}C.$ , отмѣчались шумы у верхушки сердца: у одного систолическій, у другого пресистолическій. Всѣ три при лѣченіи салициловыми препаратами оправились.

1 случай rheumatismus subacutus у мужчины 29-ти лѣтъ, перенесшаго за послѣдніе 11 лѣтъ уже 3 раза заболѣваніе суставовъ какъ всѣхъ крупныхъ, такъ и мелкихъ фаланговыхъ.

Съ diagnos'омъ Polyarthritidis chronica лежали двѣ женщины (30 и 36 лѣтъ), отмѣчавшія болѣзненность въ мелкихъ суставахъ верхнихъ и нижнихъ конечностей безъ видимаго припуханія ихъ при  $t-p^{\circ}$  не выше  $37,5^{\circ}C.$ ; повторные анализы мочи обнаруживали присутствіе уратовъ и оксалатовъ въ большихъ количествахъ.

Polyarthritidis gonorrhoeica—у мужчины 29 лѣтъ при наличности бленнореи.

### Болѣзни обмѣна.

Болѣзней обмѣна было 5 случаевъ. Выздоровѣло 4: 1) Diabetes insipidus. Tbc. pulmonum. 2) Arthritis urica. Status haemorrhoidalis. 3) Diabetes mellitus (pancreaticus). 4) Arthritis urica. Trombophlebitis v. sarpigenae dextr. Умеръ 1: Coma diabeticum.

Въ обоихъ случаяхъ діабета передъ заболѣваніемъ отмѣчены нервныя потрясенія. Въ случаяхъ сахарнаго діабета количество сахара доходило до 7%. При выпискѣ изъ клиники—2,4%. Въ случаѣ, умершемъ отъ комы, моча содержала 2% сахара и ацето-уксусную кислоту.

### Отравленія.

Всѣхъ случаевъ отравленій за отчетный годъ было 23: 11 мужчинъ и 12 женщинъ. Въ возрастѣ 16—25 лѣтъ—13 (56,5%); старше 25—10 (43,5%). Выздоровѣло 17. Умерло 6.

Отравленій нашатырнымъ спиртомъ было 8—всѣ выздоровѣли. Во всѣхъ 8 случаяхъ наблюдались ожоги слизистыхъ рта, глотки и пищевода, а въ 2-хъ и желудка. Осложненія со стороны почекъ (бѣлокъ и цилиндры) наблюдались въ 4-хъ случаяхъ. Осложненій со стороны легкихъ не было. Повышеніе температуры было у 6 больныхъ. Количество выпитой жидкости колебалось отъ 1 рюмки до 1½ стакановъ (по словамъ больныхъ).

Отравленій морфіемъ и опіемъ было 5. Умеръ 1; выздоровѣло 4. Количество принятаго морфія было: 1) 4,0—больной умеръ и 2) 18 шприцевъ раствора 0,06—30,0—больная поправилась. Количество принятой опійной настойки: 1) 25,0; 2) 1½ столовыхъ ложки и 3) 15,0; всѣ больные поправились.

Отравленій сулемой было 2: въ 1 случаѣ принято около 1 чайной ложки сулемы — больная умерла черезъ 9 дней (9 дней anuria). Въ другомъ случаѣ больная приняла около 15,0 сулемы. Черезъ 1½ мѣсяца поправилась. За время пребыванія въ клиникѣ anuria — 8 дней, затѣмъ паренхиматозный нефритъ, язвенный стоматитъ, энтеритъ.

Отравленій цианистымъ кали 2 случая: 1 умеръ черезъ 1½ часа по доставленіи въ больницу, другой поправился.

Отравленіе фенацетиномъ наблюдалось 1 разъ. Принято было 25,0. Больная поправилась. Одно отравленіе натро-бензоломъ. Больной поправился. Въ мочѣ были бѣлокъ и почечный эпителий. Температура доходила до 38,3. Временный цианозъ, паденіе пульса и судороги.

Наблюдалось по 1 случаю отравленій мышьякомъ, сѣрной кислотой (3 глотка) и вероналомъ. Всѣ 3 больныхъ умерли. Кромѣ того, наблюдался 1 случай отравленія, по словамъ больного, бертолетовой солью, но клиническія явленія заставляли усомниться въ этомъ.

### Нервные болѣзни.

Органическихъ заболѣваній головного мозга было 5. Выздоровѣло 2: 1) *encephalitis circumscripta lex staphylococco*, 2) *Hemiplegia sinistra*. Умерло 3: *Meningo-encephalitis* (*Tumor cerebri-forsitan abscessus cerebri*). Въ мочѣ бѣлокъ и цилиндры. 2) *Meningitis acuta*. Передъ заболѣваніемъ были, повидному, *otitis media purulenta*. 3) *Meningitis purulenta*. *Otitis media*. *Nephritis septica*. Въ мочѣ бѣлокъ, цилиндры, кровь. барабанная перепонка перфорирована. Спинно-мозговая жидкость, полученная при помощи *punctio lumbalis* въ количествѣ 15,0, содержала много полиморфноядерныхъ лейкоцитовъ.

Функциональныхъ заболѣваній нервной системы (*Hysteria*, *Neurasthenia*) было 8—всѣ выздоровѣли. Въ одномъ случаѣ было осложненіе сердечнымъ неврозомъ, въ 1 — хроническимъ колитомъ и въ 1 — невралгіей *plexus solaris*. Заболѣванія периферическихъ нервовъ наблюдалось въ 1 случаѣ *neuralgiae intercostalis* — выздоровленіе. Изъ числа сосудо-двигательныхъ и трофическихъ неврозовъ наблюдались слѣдующіе случаи: 1 случай *Morbus Basedovii*, 1 случай *Oedema tegumenti capitis neuropaticum circumscriptum bilateralis*. *Hysteria*, *Nephritis chronica interstitialis*. Въ мочѣ гіалиновые и зернистые цилиндры. Бѣлка нѣтъ. 1 случай *Elephantiasis palpebrarum et faciei* (*ex erysipelas recidiv*). Всѣ 3 больныхъ поправились.

### Болѣзни органовъ движенія.

Кромѣ описанныхъ въ отдѣлѣ инфекціонныхъ болѣзней острыхъ и подострыхъ заболѣваній суставовъ, наблюдались еще 5 случаевъ хроническихъ заболѣваній: 1) *Arthritis deformans*, 2) *Arthritis deformans*, 3) *Polyarthritis chronica*, 4) *Poljarthritis chronica* и 5) *Polyarthritidis gonorrhoeica*.

Кромѣ того, 1 случай Periostitis luetica, gingivitis et purpura haemorrhagica и 1 случай Periarthritides et neuritides chronica. Hysteroneurasthenica.

Всѣ больные поправились.

#### **Паразиты кишечнаго канала.**

За годъ было 3 случая Helmenthiasis. Во всѣхъ случаяхъ была ленточная глиста. Въ 1 случаѣ кровь больной имѣла слѣдующій составъ: Нб. 70<sup>0</sup>%, красн. ш. 4,200,000, бѣлыхъ ш. 9240. Полнуклеаровъ 37<sup>0</sup>%. Мононуклеаровъ 95<sup>0</sup>%. Эозинофиловъ 14<sup>0</sup>%.

Всѣ больные выздоровѣли.





## НЕРВНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ОТДѢЛЕНИЕ.

Въ 1907—8 академическомъ году нервное клиническое отдѣленіе Императорской Екатерининской больницы впервые служило для обязательнаго преподаванія теоріи и клиники нервныхъ болѣзней. Стационарное отдѣленіе было еще представлено сокращеннымъ числомъ коекъ, но, благодаря живому обмѣну больныхъ, число послѣднихъ достигло 64-хъ, а именно:

Tabes . . . . .	7	Neoplasma pelvis . . . . .	1	Vulnus sclop. capit. . . . .	1
Hysteria. . . . .	4	Ankylosis colum. vert. . . . .	1	Poliomyelit. ant. sub ac. . . . .	1
Myelitis spec. . . . .	4	Meningo-myelitis. . . . .	1	Mening. spin. specif. . . . .	1
Syringomyelia. . . . .	4	Scler. later. amyotr. . . . .	1	Polyneurit. diphther. . . . .	1
Hemiplegia. . . . .	4	Tumor cerebelli. . . . .	1	Hemicrania . . . . .	1
Neuritis ischias. . . . .	3	Neurasthenia . . . . .	1	Polyneurit. alcol. . . . .	1
Aphasia. . . . .	2	Psychosis circul. . . . .	1	Meningit. acuta. . . . .	1
Neoplas. med. sp. . . . .	2	Haematomyelia cent. ant. . . . .	1	Atroph. musc. prog. . . . .	1
Chorea minor. . . . .	2	Torticollis. . . . .	1	Psychos. polyneurit. . . . .	1
Scleros. dissem. . . . .	2	Myelia infect. acuta . . . . .	1	Cystis hemisph. cerebri. . . . .	1
Compress. med. sp. . . . .	2	Scler. cerebr.-spin. diffusa . . . . .	1	Myelit. et mening. cer.-sp. . . . .	1
Lues cerebri. . . . .	2	Diplegia spastica. . . . .	1	Tumor cerebri . . . . .	1

Амбулаторныя занятія происходили въ отчетномъ году уже въ самостоятельномъ помѣщеніи, въ виду чего была возможность допустить на совѣтъ большее противъ прошлаго года число больныхъ, а именно: въ амбулаторіи было всего 725 больныхъ, сдѣлавшихъ около 8.000 посѣщеній. По роду болѣзней они распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

Neurasthenia . . . . .	184	Alcoholismus chr. . . . .	11	Paral. agitans. . . . .	2
Hysteria . . . . .	164	Lues cerebri. . . . .	9	Malum Pottii . . . . .	2
Tabes dorsalis. . . . .	41	Neurosis traum . . . . .	8	Hydrocephalus. . . . .	2
Hemiplegia. . . . .	35	Chorea minor. . . . .	7	Mogigraphia. . . . .	2
Перифер. параличи . . . . .	33	Tic. . . . .	6	Torticollis spast. . . . .	2
Epilepsia. . . . .	29	Polyneurit. alcol. . . . .	6	Dystroph. muscu progr. . . . .	1
Neuritis ischiadica . . . . .	29	Meningo-myelitis . . . . .	5	Syringobulbia. . . . .	1
Cephalea (?). . . . .	27	Polyneuritis . . . . .	4	Hemiplegia infant. . . . .	1
Myelitis . . . . .	17	Syringomyelia. . . . .	4	Scleros. later . . . . .	1

Paral. progr. alien . . .	14	Hystero-epilepsia . . .	4	Vertigo . . . . .	1
Morbus Basedovii . . .	13	Sclerosis dissem . . .	4	Mutismus . . . . .	1
Tumor cerebri . . . .	12	Lumbago . . . . .	3	Athetosis . . . . .	1
Neuralgia (пазн.) . . .	12	Bulbitis . . . . .	3	Somnambulismus . . .	1
Разн. психич. забол.	12	Poliomyelitis . . . .	2		

### *Syringomyelia et. Syringobulbia.*

Больной И. С., 37 л., торговецъ, ниже средняго роста, достаточно упитанный. Въ лицѣ асимметрія: лѣвая половина лица какъ бы опущена; лѣвая носогубная складка нѣсколько сглажена. Кифозъ шейной и сколіозъ грудной части скелета. При перкуссіи приглушеніе въ лѣвомъ легкомъ сзади, начиная отъ угла лопатки книзу и влѣво до задней аксиллярной линіи. Дыханіе въ правомъ легкомъ ослаблено. Сердце въ порядкѣ. Пульсъ неправильный: то частый, то рѣдкій, средняго наполненія. Походка шаткая, спастически паретического характера. При глотаніи иногда поперхивается. Вращательный нистагмъ Paresis m. recti superioris. Всѣ движенія въ лѣвой рукѣ лучше, чѣмъ въ правой. Сгибаніе въ колѣнномъ и тазобедренномъ суставахъ правой ноги ограничены, всѣ другія движенія въ обѣихъ ногахъ свободны и достаточны по силѣ и объему, Мышечная сила ослаблена во всѣхъ конечностяхъ. По динамометру правой рукой 10 kgr., лѣвой—18. Мышцы дряблы. Электро-возбудимость нѣсколько понижена; реакціи перерожденія нѣтъ. Сухожильные рефлексы: колѣнные, biceps, triceps рѣзко повышены. Клонусъ чашки справа и стопъ съ обѣихъ сторонъ. Въ рукахъ чувство ползанія мурашекъ, въ ногахъ зябкость. Чувствительность представляетъ значительныя разстройства. Пониженіе болевой чувствительности на правой сторонѣ больше, чѣмъ на лѣвой. Гипальгезія начинается спереди съ лица, за исключеніемъ лба и висковъ, и сзади съ области затылка и переходитъ на шею и туловище спереди сент. 4 ниже ключицы, сзади до верхняго края лопатки и отсюда распространяется на обѣ руки. Пониженіе тактильной чувствительности наиболѣе замѣтно въ области m. m. deltoidei, scullaris, а также въ области шеи и затылка, при чемъ справа больше, чѣмъ слѣва. Температурная чувствительность рѣзко понижена: кожная термоанестезія въ правой половинѣ лица, шеѣ и части туловища. Что касается высшихъ органовъ чувствъ, то слѣдуетъ отмѣтить нѣкоторое затрудненіе при распознаваніи сладкаго, кислаго и горькаго.

Общій анамнезъ не представляетъ ничего особеннаго. Анамнезъ болѣзни таковъ: въ началѣ декабря больной заболѣваетъ воспаленіемъ легкихъ; къ концу болѣзни обнаруживается слабость всѣхъ конечностей: едва шевелить руками и ногами. Черезъ нѣкоторое время слабость проходитъ: 6-ной ходитъ и можетъ писать. Такъ продолжалось до начала февраля, когда снова сразу не можетъ двинуть ни ногами, ни руками; появляется чувство ползанія мурашекъ въ рукахъ и зябкость въ ногахъ. Съ такими явленіями больной поступаетъ въ нашу клинику. Отецъ больного былъ алкоголикъ; 1 братъ † tbc.; у больного нѣтъ злоупотребленія алкоголемъ и не было lues'a.

### *Cystis cerebri.*

Больная И. И., сельская учительница, поступила въ клинику 18/1 08 г. съ жалобами на частую головную боль, рвоту, слабость зрѣнія. Больная, изъ здоровой семьи, родилась здоровымъ ребенкомъ, дѣтскими болѣзнями не страдала. Учиться начала 7 лѣтъ, училась хорошо, много занималась, обладала хорошими способностями. Съ 11 до 12 л. училась въ епархіальномъ училищѣ, жила въ пансіонѣ; условія жизни были неудовлетворительны: больная мало бывала на свѣжемъ воздухѣ, утомлялась отъ занятій, пища была малопитательная, 17-ти лѣтъ, на выпускныхъ экзаменахъ, послѣ усиленныхъ занятій больная внезапно почувствовала головную боль, началась рвота, больная потеряла сознание и въ продолженіе недѣли пролежала безъ сознанія, безъ малѣйшаго движенія; дыханіе, бѣненіе сердца и пульса были едва ощутимы. Черезъ недѣлю начались движенія, отвѣты на вопросы, но сознаніе было значительно затемнено, дѣйствія неразумны. Съ постели встала больная

мѣсяца черезъ 1<sup>1</sup> 2, но вполнѣ оправилась еще черезъ 2 мѣсяца. Единственнымъ послѣдствіемъ этого заболѣванія остались у нея частыя головныя боли. Въ продолженіе 16 лѣтъ здоровье было удовлетворительно, но въ маѣ 1907 г. безъ видимой причины началась головная боль и рвота, а на другой день показалась на лицѣ и шеѣ сыпь, похожая на мелкіе кровоподтеки; температура была довольно высокая. Дня въ два эта сыпь исчезла, температура спала, рвота прекратилась, но черезъ десять дней рвота съ сильной головной болью началась вновь и продолжалась сутки, температура дошла до 40°. Дня черезъ два температура нѣсколько понизилась и рвота прекратилась, но головная боль продолжалась еще недѣлю; затѣмъ у б—ой начались общія судороги, она потеряла сознание и въ такомъ состояніи была переведена въ больницу, гдѣ и пролежала два мѣсяца сначала совершенно безъ сознанія, потомъ въ полубезсознательномъ состояніи, съ медленнымъ пульсомъ, съ температурой 37° — 37,5°, ноги были согнуты въ колѣняхъ, туловище неподвижно, позвоночникъ болѣзненъ по всему протяженію при надавливаніи, животъ болѣзненъ при ощупываніи; около мѣсяца продолжалось недержание мочи и кала.

Первыя 3—4 недѣли сознание больной было совершенно подавлено; затѣмъ постепенно прояснилось, но вниманіе и память были крайне слабы, соображеніе тупо; все время была сильная головная боль. Временно наблюдалось неравенство зрачковъ; б—ая плохо видѣла: едва различала очертанія предметовъ, но къ концу второго мѣсяца зрѣніе постепенно улучшилось. Б—ая выписалась изъ больницы невольнѣ излѣчившись, но мѣсяца черезъ четыре оправилась настолько, что могла начать занятія въ школѣ. Недѣли черезъ три послѣ начала занятій у нея вновь началась сильная головная боль и рвота, и тогда же б—ая замѣтила, что она не видитъ лѣвымъ глазомъ.

Особыхъ измѣненій во внутреннихъ органахъ нѣтъ; бываетъ часто отрыжка, изжога, рвота, запоры. Кожа блѣдна. Мимика мало оживленная; походка неуверенная. Рѣчь не разстроена. Судорогъ нѣтъ. Парезъ нижней вѣтви праваго лицевого нерва и лѣваго п. abducens. Языкъ отклоняется, при высовываніи, вправо. Движенія въ мышцахъ туловища и конечностей свободны, атрофій нѣтъ; чувствительность не разстроена. Рефлексы кожные и сухожильные нормальны, колѣнный нѣсколько повышенъ; зрачки реагируютъ крайне вяло. Бываетъ по временамъ головная боль, боли въ спинѣ; позвоночникъ нѣсколько болѣзненъ при надавливаніи.

Острота зрѣнія правымъ глазомъ = 0,2, лѣвымъ = 0; зрачки расширены; поле зрѣнія ос. d. сужено съ выпаденіемъ всей височной половины.

При изслѣдованіи дна глазъ, обнаружена atrophía nervi optici. Незначительное пониженіе слуха на лѣвое ухо; пониженіе обонянія слѣва. Со стороны психики можно отмѣтить ослабленіе памяти, вниманія и воли, болтливость, плохая сообразительность.

За время пребыванія въ клиникѣ въ состояніи больной особыхъ перемѣнъ не произошло.

По временамъ бывала головная боль, иногда со рвотой, довольно часто запоры. Температура была все время нормальна. Б—ая принимала ежедневно patr. jodat. ex 10.0 — 200.0 по 2 ложки и strychnin nitric. по 0,002 два раза въ день. Фарадизація живота и extr. fluid. cascarae sagradae. Б—ая выписалась 15 февраля 1908 г.

### *Meningo-myelitis chronica.*

Больной Н. М., 15 л., гимназистъ, до поступленія въ нашу клинику лежалъ съ 15-го октября 1907 по 25-го января 1908 г. въ нервной клиникѣ казанскаго университета съ явленіями raptus inferioris. Съ тѣми же явленіями онъ обратился и въ нашу клинику.

Больной по рожденію 3-ій. Всѣ другіе братья и сестры совершенно здоровы. Изъ дѣтскихъ болѣзней перенесъ корь и коклюшъ. Кромѣ почти постояннаго насморка, другихъ заболѣваній не помнитъ.

Въ 1-хъ числахъ января 1907 г. появился нарывъ въ правомъ ухѣ; черезъ нѣсколько дней этотъ нарывъ вскрылся. Недѣли 2—3 больной находился дома, никуда не выходилъ.

Въ началѣ апрѣля заболѣло лѣвое ухо при какой-то инфекціи, при этомъ б-ной страдалъ сильнѣйшими головными болями, головокруженіемъ, тошнотой. — Сознаніе, повидимому, было нѣсколько затемнено. Было констатировано воспаленіе мозговыхъ оболочекъ. Черезъ нѣкоторое время боль перешла въ шею и спину: не могъ пошевелить шеи. Пролежалъ въ постели до іюня мѣсяца. Со стороны конечностей и тазовыхъ органовъ въ это время ничего не замѣчалось. 13 іюня больному стало лучше, понемногу началъ ходить съ палкой, но чувствовалъ общую слабость. Постепенно поправляется, ходить лучше и лучше; осенью дѣлаетъ большія разстоянія, однажды до 12-ти верстъ. Послѣ такихъ большихъ путешествій снова слабѣетъ въ ногахъ, такъ что уже въ концѣ сентября могъ ходить только „по стѣнамъ“; вмѣстѣ съ этимъ стала итти туго моча. Дошло до того, что не могъ даже стоять безъ поддержки. Въ началѣ октября отправился въ Казань и первый путь отъ Троицка до Челябинска долженъ былъ сдѣлать на лошадахъ; это больного до того ослабило, что его пришлось внести въ вагонъ. По прїѣздѣ въ клинику не могъ ни встать, ни тѣмъ болѣе передвигаться. Пробылъ въ казанской клиникѣ 3 слишкомъ мѣсяца безъ улучшенія.

St. praesens. Больной средняго роста, правильнаго тѣлосложенія, цвѣтушата вида. Покровы нормальной окраски, но справа отъ пупка нѣсколько вверхъ до позвоночника имѣется родимое пятно въ видѣ темноватой полоски полупоясомъ шириною около двухъ вершковъ.

Головные нервы въ полномъ порядкѣ. Движенія верхнихъ конечностей въ предѣлахъ нормы. Ни ходить, ни стоять больной не можетъ и долженъ быть передвигаемъ съ посторонней помощью. Въ постели можетъ подняться и сѣсть съ опорой рукъ. Туловище легко отваливается назадъ. Отдѣльныя движенія нижними конечностями неодинаковы на той и другой сторонѣ. Правая стопа и пальцы почти неподвижны; въ лѣвой стопѣ и пальцахъ движенія возможны во всѣхъ направленіяхъ, нѣсколько ограничены и ослаблены по силѣ. Въ правомъ колѣнѣ сгибаніе разгибаніе голени невозможны, въ лѣвомъ возможно незначительное разгибаніе. Въ обоихъ бедра не можетъ быть вызвано почти никакихъ движеній. О координаціи движеній говорить не приходится. Сухожильные рефлексy на рукахъ N. Колѣнные р.р. живые. Клонуса стопъ и чашекъ нѣтъ. Ясно выражены р. Ros-solimo (пальцовой) и Babinsky. Подошвенные достаточны. Абдоминальный, cremaster и анальный abs.

Рефлексy слизистыхъ оболочекъ живые. Зрачки одинаковы. Реакція на свѣтъ и конвергенцію живая. Моча идетъ нѣсколько туговато. Наклонность къ запорамъ. Тонусъ мышцъ не повышенъ и близокъ къ N.

Всѣ виды кожной чувствительности представляютъ разстройство въ видѣ пониженія на нижней части туловища и нижнихъ конечностей. Верхняя граница этого пониженія спереди у пупка, сзади ниже лопатокъ приблизительно на ладонь и совпадаетъ съ верхнимъ краемъ родимаго пятна. Питаніе мышцъ уклоненій отъ нормы не представляетъ. Фарадическая электровозбудимость нѣсколько понижена; гальваническая почти нормальна. Реакціи перерожденія нѣтъ.

Теченіе. Больной пробылъ въ клиникѣ мѣсяцъ. Выписался съ нѣкоторымъ улучшеніемъ: поднимался съ постели, могъ немного постоять безъ посторонней помощи и даже сдѣлать нѣсколько шаговъ. Трижды прибѣгали къ punctio lumbalis, но ни разу проколъ не удался такъ же, какъ не удался дважды и въ казанской клиникѣ.

### *Syringomyelia et Syringobulbia.*

Больной П. Т., 40 л., по профессіи литераторъ, съ lues'омъ въ анамнезѣ. Съ малыхъ лѣтъ больному приходится очень много работать: былъ и фельдшеромъ, и замлемѣромъ, занимался и другими профессіями; въ 1892—3 г. уѣхалъ за границу, гдѣ пробылъ до 1900 г., жилъ въ самыхъ тяжелыхъ условіяхъ; въ 1901 г. послѣ долгаго и упорнаго сидѣнья по тюрьмамъ былъ водворенъ въ Якутскую область; въ 1904 г. участвовалъ въ Якутской исторіи, послѣ которой до октября 1906 г., до дня амнистіи, находился въ тюрьмѣ. Впервые больной почувствовалъ боли въ лѣвой половинѣ спины, когда ему было 20 л.; съ тѣхъ поръ боли не исчезали и распространялись все болѣе и болѣе, особенно сильно

безпокоили больного при передвиженіяхъ тѣла. Во время пребыванія за границей всѣ эти явленія усилились, а когда больной, оступившись, упалъ съ лѣстницы, къ нимъ присоединилась слабость въ лѣвой ногѣ. Все это время больной энергично и упорно лѣчился (принималъ іодъ, каутеризаціи, электризаціи и т. д. \*). Во время ссылки въ теченіе года больной пролежалъ въ александровской тюремной больницѣ (іодъ, ванны и др.), нѣсколько окрѣпъ. По возвращеніи въ Россію чувствовалъ себя недурно. Однако послѣ поѣздки въ Крымъ снова замѣтилъ ухудшеніе: послѣ хотьбы утомлялся, чувствовалъ общую разбитость. Зимой 1906 г. лѣчился въ Петербургѣ, улучшеній не послѣдовало. Въ февралѣ 1907 обратился въ нервную клинику — лѣчился мышьякомъ и гальванизаціей, но черезъ 2 недѣли появилась сильная головная боль и усилились боли въ спинѣ. Весною около 11½ мѣсяца пролежалъ въ частной лѣчебницѣ, отуда выписался съ улучшеніемъ и былъ отправленъ на 1 мѣсяцъ въ Саки, а затѣмъ оставался въ Крыму; около этого времени появились боли въ затылкѣ и впервые больной замѣтилъ шаткость походки.

Всѣ эти явленія (боли въ лѣвой половинѣ спины, боли въ позвоночникѣ при движеніяхъ, шаткость походки, головныя боли и изрѣдка поперхиванія), постепенно нарастая, заставили больного обратиться въ нашу клинику, куда онъ и поступаетъ 24-го декабря 1907.

*St. praesens.* Больной средняго роста, правильнаго тѣлосложенія, достаточнаго питанія. Сколіозъ въ грудной части скелета. Размѣры сердца N, тоны чисты. Въ легкихъ жесткое дыханіе въ верхушкахъ. Походка шаткая. Пища попадаетъ въ дыхательное горло и въ носъ. При движеніи глазъ въ стороны нистагмъ. Движенія шеи нѣсколько затруднены вслѣдствіе болѣзненности. Движенія туловища достаточны по объему, но болѣзненны. Координація движеній сохранена. Незначительный Romberg. Мышечная сила пониженій не представляетъ, пожалуй, нѣсколько ниже нормы на правой ногѣ. Электровозбудимость въ предѣлахъ нормы. Сухожильные рефлексy: Biceps, triceps высокіе. Колѣнный справа выше, чѣмъ слѣва, Ахилловы живые. Клонуса чашекъ и стопъ нѣтъ. Патологическихъ р.р. нѣтъ. Кожныя р.р. абдоминальныя и stemaster справа есть, слѣва abs. Подошвенныя понижены. Реакція зрачковъ на свѣтъ вялая. При постукиваніи позвоночника болѣзненность въ области 2-хъ верхнихъ грудныхъ позвонковъ. Кожная чувствительность представляетъ интересныя разстройства: начиная съ 7-го ребра спереди и отъ угла лопатки сзади въ лѣвой половинѣ тѣла полная анальгезія; выше соска и выше угла лопатки до ключицы спереди и до верхняго края сзади болевая чувствительность сохранена; до 4-го до 7-го ребра участокъ съ нѣкоторымъ пониженіемъ болевой чувствительности. Границы пониженія температуры чувствительности почти совпадаютъ съ границами болевой hemianaesthesi'i; есть извращеніе: холодъ воспринимается за тепло. Тактильная чувствительность вездѣ одинакова. При изслѣдованіи глазъ докторомъ В. П. Страховымъ оказалось: Diplopia recti externi et interni. os. d., nevritis optica. Stauungspapille.

Теченіе. 20-го января больному была сдѣлана punctio lumbalis: цереброспинальная жидкость желтоватаго цвѣта, прозрачна. Плаваетъ немного бѣловатыхъ мелкихъ хлопьевъ. Микроскопическое и бактериологическое изслѣдованіе ничего не дало.

Часа черезъ 2 послѣ пункции рвота, головная боль, появилось онѣмѣніе во всемъ тѣлѣ, конечности были безъ движенія, голосъ сдѣлался сиплымъ, исчезаетъ способность членораздѣльной рѣчи. Дыханіе хриплое, съ клокотаніемъ.

Рефлексy: зрачковый вялый; biceps, triceps повышены, колѣнный справа рѣзко повышенъ, слѣва pp. Бабинскаго, Россолимо на обѣихъ конечностяхъ. Клонусъ въ видѣ нѣсколькихъ толчковъ. Нистагмъ. Мышечное чувство разстроено во всѣхъ конечностяхъ. Парѣстезіи ползаніе мурашекъ. Механическая возбудимость повышена въ рукахъ, особенно въ лѣвой, координація движеній разстроена.

21-го, около часа дня, самочувствіе улучшилось, головная боль почти прекратилась, въ конечностяхъ повысились движенія. Улучшеніе послѣдовало послѣ инъекціи coffein'a.

Около 4-хъ часовъ снова хуже, къ вечеру температура поднялась до 39,6°. Послѣ этого больной оставался въ одномъ положеніи.

\*) Около этого же времени однажды во время обѣда больной поперхнулся, жидкость пошла черезъ носъ; съ тѣхъ поръ больной боится при комъ-либо ѣсть супъ.

Около 4-хъ часовъ почувствовалъ себя хуже, опять появились прежнія явленія, къ вечеру температура поднялась до 39,6°.

Послѣ этого больной оставался въ одномъ положеніи.

22. Утромъ температура 40,9°. Пульсъ со считать не удавалось.

Аускультация вслѣдствіе сильнаго клокотанія безрезультатна.

Пульсъ до 150 въ 1 м. Сознаніе ясное. Повидимому, laryngospasmus. Затруднено влѣханіе, дышитъ часто, съ затрудненіемъ. При подниманіи съ постели дыханіе облегчается.

Дважды подкожное впрыскиваніе coffein'a, столько же инъекцій camphor'ы.

Несмотря на все это, улучшенія не было, и въ 1 ч. 15 м. дня больной скончался.

Вскрытіе: Diagnosis anatomica. Syringomyelia. Tuberculosis miliaris durae matris spinalis.

Hydrocephalus internus. Hyperhaemia venosa cerebri et meningum. Pneumonia aspiratoria disseminata praecipue lobi inferioris pulmonis sinistri. Hyperaemia venosa pulmonum. Degeneratio parenchymatosa myocardii et hepatis. Hyperplasia pulpaе lienis levis. (Продолговатый мозгъ не былъ разрѣзанъ; положенъ въ 5% формалинъ).

На твердой мозговой оболочкѣ спинного мозга разсѣяны мелкіе, сѣроватые, въ видѣ проса, узелки. Мозговая оболочка инъецирована. Въ нижней поясничной части спинного мозга на лѣвой его боковой поверхности находится рядъ бѣловатыхъ, плотныхъ, величиной съ гречневое зерно, образований.

Спинной мозгъ очень мягокъ, спадается и мѣстами (въ шейной части) растянутъ. На разрѣзахъ его, въ верхней половинѣ ясно видно расширеніе центральнаго канала и лѣваго бокового задняго рога до отхожденія корешковъ. Въ нижней половинѣ эти явленія выражены слабѣе и въ рогѣ находится правильной, круглой формы расширеніе. Желудочки мозга растянуты, сосуды ихъ полнокровны.

#### *Haematomyelia centralis anterior.*

Больной С. А., 46 лѣтъ, по профессіи красильщикъ, женатъ, 6 дѣтей; въ клинику поступилъ съ жалобами на слабость въ ногахъ и на сильныя боли въ ногахъ и въ спинѣ. Всегда былъ хорошимъ работникомъ, никакими болѣзнями не хворалъ. Люес и алкоголизмъ отрицаются. Наслѣдственность ничего особеннаго не представляетъ. Въ концѣ зимы 1905 г. больному пришлось переносить большую тяжесть на плечахъ черезъ дверь, при этомъ онъ нагнулся, но тяжесть все же придавила его, послѣ чего онъ почувствовалъ боль въ спинѣ и животѣ. Послѣ этого боли въ спинѣ и ногахъ то уменьшались, то снова усиливались; вскорѣ появилась слабость въ ногахъ, при чемъ правая нога сильно похудѣла.

St. praesens. Больной ходитъ сильно откинувши туловище назадъ, описывая правую ногою при ходьбѣ дугу и сгибая ее въ колѣнномъ суставѣ. Совершенно не можетъ ходить при вытянутомъ положеніи рукъ или держа ими какую-либо тяжесть. Всѣ движенія туловища ограничены. Длинные спинныя мышцы и мышцы правой ноги (голень, стопа) атрофированы. Электровозбудимость атрофированныхъ мышцъ понижена.

Сухожильные рефлексы: колѣнные Ахилловы, biceps, triceps высокіе. Пальцевой (р. Россолимо) едва выражены справа. Реакція зрачковъ живая. Всѣ виды чувствительности сохранены въ предѣлахъ нормы. Внутренніе органы въ порядкѣ. Наклонность къ запорамъ.

Больному была сдѣлана punctio lumbalis, но изслѣдованіе цереброспинальной жидкости ничего патологическаго не дало. Выписался больной безъ всякихъ перемѣнъ.

#### *Sclerosis lateralis amyotrophica.*

Больная Н. К., 53 л., замужняя, крестьянка Калужской губ., поступила въ клинику съ жалобами на нѣмоту и затрудненное дыханіе.

Всегда отличалась хорошимъ здоровьемъ; послѣднія 7 лѣтъ переносила много побоевъ отъ мужа (билъ больше по груди и по спинѣ). Больна съ ноября 1906 г., передъ этимъ была сильно избита мужемъ, долго болѣла грудь. Съ мая 1907 г. стала разстраи-

ваться рѣчь, была тягучая, но ясная, къ этому же времени относится и разстройство глотанія. Всѣ эти явленія постепенно усиливались, такъ что въ моментъ поступленія въ клинику словъ, произносимыхъ больной, нельзя разобрать, глотанье же разстроено настолько, что больная съ большимъ трудомъ принимаетъ какъ твердую, такъ и жидкую пищу. Кромѣ всего этого, стали худѣть руки.

Со стороны наслѣдственности ничего особеннаго не отмѣчается.

St. praesens. Правильнаго тѣлосложенія, средняго роста. Кожа суха, морщиниста, вокругъ рта производитъ впечатлѣніе натянутой.

Лицо маскообразное (выраженіе лица страдающаго человѣка). Углы рта опущены, лобъ сморщенъ.

Полнос отсутствіе рѣчи: не можетъ произносить почти ни одной буквы. Въмѣсто „бе“ говоритъ „ме“, въмѣсто „да“—„на“; при произношеніи слышится носовой оттѣнокъ. Глотанье сильно разстроено, часто поперхивается: глотаешь очень медленно, маленькими глотками. Движенія языка ограничены: не можетъ его высунуть. Мягкое небо парализовано. Голосовыя связки (М. С. Генкинъ) при глубокомъ вдыханіи не расходятся, при попыткахъ фонировать не сходятся,—такъ называемое трупное стояніе голосовыхъ связокъ, указывающее на параличъ расширителя гортани.

Движенія губъ ограничены настолько, что больная не можетъ задуть свѣчи. Мышечная сила по динамометру — правой руки 2 klgr., лѣвой — 5 klgr. Сильная атрофія плечевого пояса, мелкихъ мышцъ рукъ и мышцъ лица: orbic. oris. triangul. oris, zygomat и др. При изслѣдованіи электровозбудимости можно отмѣтить реакцію перерожденія атрофированныхъ мышцъ (напр. m. zygomat., abduct. dig. min., m.m. insterossei и др.).

Рефлексы: колѣнные живые, Ахилловъ слѣва abs.

На обѣихъ ногахъ Бабинскій; р. Россолимо abs.

Клонусъ masseter'a. Biceps, triceps повышены.

Абдоминальные abs, подошвенные высокіе.

Всѣ виды чувствительности сохранены въ предѣлахъ нормы. Ясно выраженный дермографизмъ. Обильная саливація. Психическая сфера вполне нормальна.

Больная пробыла въ клиникѣ 1 мѣсяцъ. При выпискѣ нѣсколько улучшилось глотаніе.

### *Sclerosis disseminata.*

Больная М. Б., 25 л., поступила въ клинику съ жалобами на разстройство движеній и боль въ ногахъ, сильную слабость и задержаніе мочи. Заболѣваніе у нея началось осенью 1905 г. Она стала замѣчать слабость лѣвой ноги и онѣмѣніе лѣвой подошвы. Черезъ нѣкоторое время у нея начала слабѣть лѣвая рука, затѣмъ правая рука и, наконецъ, правая нога. Появился треморъ рукъ и стала задерживаться моча.

Голосъ сдѣлался грубѣе.

Со стороны наслѣдственности есть основаніе подозрѣвать lues у отца.

Status praesens. Увеличенная щитовидная железа, сердце нѣсколько увеличено вправо. Тахикардія. Легкія N. Моча N.

Походка парэтико-спастическая. Голосъ хриплый. Довольно сильно выраженный треморъ рукъ. Горизонтальный нистагмъ. Движенія въ тазобедренныхъ и колѣнныхъ суставахъ значительно ограничены. При пассивныхъ движеніяхъ ощущается значительное сопротивленіе.

Мышцы плечевого пояса плохо развиты.

Сухожильные рефлексы значительно повышены, въ особенности на лѣвой сторонѣ. Клонусъ стопы и чашки. Пальцевой рефлексъ существуетъ.

Брюшные и подошвенные рефлексы отсутствуютъ.

Рр. Бабинскаго и оппенгеймовскій ясные на обѣихъ ногахъ.

Болевая чувствительность всюду сохранена.

Температурная чувств. N.

Тактильная нѣсколько понижена справа, главнымъ образомъ на концахъ пальцевъ правой руки.

Поблѣднѣніе сосочковъ глазныхъ нервовъ въ височныхъ частяхъ, особенно лѣваго сосочка.

Поле зрѣнія — N. Психическая сфера не представляетъ никакихъ отклоненій отъ нормы.

Электровозбудимость въ предѣлахъ нормы.

Теченіе болѣзни: больная выписалась изъ клиники безъ замѣтныхъ перемѣнъ.

### *Torticollis hysterica.*

Больная Н. Д., 25 лѣтъ. Въ 1905 году у нея были судорожныя подергиванія головы въ лѣвую сторону. Начались они послѣ того, какъ больная быстро повернула свою голову въ лѣвую сторону, чтобы поймать шляпу, которую вѣтеръ сорвалъ съ нея. Больная долго лѣчилась, лежала въ клиникѣ и выписалась съ большимъ улучшеніемъ. Судороги вскорѣ совсѣмъ исчезли. Но въ февралѣ 1907 года больная стала замѣчать, что у нея снова появляются судорожныя подергиванія головы, но уже въ правую сторону. Терапевтическое вмѣшательство, какъ, напр., бромистые препараты, ванны и т. п., всегда оказывало хорошее вліяніе на ея болѣзнь: судороги замѣтно ослабѣвали. Въ январѣ 1908 состояніе ея снова ухудшилось и она поступила въ клинику. Со стороны наслѣдственности никакихъ особенно важныхъ фактовъ отмѣтить нельзя.

Status praesens: Сердце и легкія не представляютъ никакихъ отклоненій отъ нормы. Небольшое увеличеніе щитовидной железы.

Правое плечо приподнято, голова повернута вправо и наклонена влѣво, подбородокъ повернуть влѣво и нѣсколько приподнять.

Лѣвый m. sterno-cleido-mastoideus и правый m. cucullaris сильно напряжены. Голова почти постоянно производитъ колебательныя движенія въ правую сторону и вверхъ.

Сухожильные и кожные рефлексы нормальны.

Патологическихъ рефлексовъ нѣтъ.

Всѣ виды чувствительности нормальны.

Больная раздражительна, часто бываетъ тоскливое настроеніе. Очень впечатлительна.

Теченіе. Во время пребыванія въ клиникѣ состояніе больной очень часто мѣнялось. Важно отмѣтить, что послѣ гипнотическаго сеанса у больной подергиванія уменьшались. Больная выписалась съ замѣтнымъ улучшеніемъ.

### *Myelitis centralis.*

Больной Т. К., 18 лѣтъ, поступилъ въ клинику съ повышенной температурой, съ явленіями паралича правой ноги и съ задержкой мочи. Дня за 4 до поступленія въ клинику у больного повысилась температура и болѣла голова, затѣмъ постепенно стала слабѣть правая нога и появилась задержка мочи. Lues отрицается. Наслѣдственность ничего особеннаго.

St. praesens. Въ легкихъ хриповъ нѣтъ. T° 39,1°. Ходить не можетъ. Правая нога парализована; едва замѣтныя движенія въ тазобедренномъ суставѣ. Изслѣдованіе чувствительности даетъ картину Броунъ-Секаровскаго паралича: пониженіе всѣхъ видовъ чувствительности на здоровой (лѣвой) ногѣ; есть извращеніе: холодъ принимаетъ за тепло. Рефлексы: колѣнные, Ахилловы высокіе. Анальный abs. Бабинскій справа. Р. Россолимо (пальцевой) появился недѣли черезъ 2½ послѣ поступленія въ клинику. Retentio et incontinentia urinae.

Электровозбудимость въ предѣлахъ нормы. Координація движеній не разстроена.

Дважды была сдѣлана punctio lumbalis. Въ обоихъ случаяхъ cerebro-спинальная жидкость вытекала подъ повышеннымъ давленіемъ, была прозрачна.

Теченіе. Выписался больной съ бросающимся въ глаза улучшеніемъ. Ходить, какъ здоровый. Въ обѣихъ ногахъ движенія почти одинаковы по силѣ и объему. Чувствительность возстановилась совершенно.



### *Ankylosis columnae vertebralis.*

Больной Н. Г., 41 г., женатъ, по профессіи приказчикъ; жалуется на ограниченность, почти полную неподвижность въ затылочно-шейномъ, плечевомъ, тазобедренномъ и позвоночныхъ сочлененіяхъ. Имѣлъ *ulcus molle* и *lues*, алкоголизма не было. Всегда былъ хорошимъ работникомъ и отличался крѣпкимъ здоровьемъ. Года 3 назадъ больной замѣтилъ, что постепенно, безъ всякой причины, затрудняются движенія шеи: скоро это чувство сковыванія стало распространяться на позвоночникъ и на тазобедренный суставъ. Въ прошломъ году у больного былъ плевритъ, послѣ котораго оказались сильно напряженными *m. sterno-cleido-mastoidei* и заднія шейныя мышцы, положеніе головы при этомъ было таково, что она была наклонена и фиксирована кпереди. Послѣднее время ко всему этому присоединилась ограниченность движеній нижней челюсти. Со стороны наследственности можно только отмѣтить у отца алкоголизмъ.

*St. praesens.* Средняго роста, плохого питанія, съ ассиметріей лица и сплюснутымъ кпереди черепомъ. Кифозъ, охватывающій весь позвоночникъ. Сердце нѣсколько расширено, тоны глуховаты. Въ правой верхушкѣ выдохъ. Ходитъ больной, наклонившись всѣмъ туловищемъ впередъ, при этомъ ноги широко разставляетъ, колѣнки согнуты, шаги мелкіе. Сильное напряженіе *m. m. sterno-cleido-mastoid., cicularis* и приводящихъ мышцъ лѣваго бедра. Ротъ не можетъ быть значительно открытъ, нижняя челюсть какъ будто отклоняется вправо. Движенія шеи, верхнихъ и нижнихъ конечностей ограничены. Полная неподвижность позвоночника. Пассивныя движенія конечностей затруднены, особенно въ тазобедренныхъ суставахъ. Электровозбудимость рѣзкаго пониженія не представляетъ. Сухожильные рефлексy: *Biceps, triceps*, колѣнные, Ахилловы живые. Клонуса чашекъ и стопъ нѣтъ. Патологическихъ р. р. нѣтъ. Подошвенные, брюшные, cremaster нормальны. Болѣзненность 2-хъ нижнихъ шейныхъ и верхняго грудного позвонка. Въ области икроножныхъ мышцъ болѣзненность нервныхъ стволовъ. Всѣ виды чувствительности сохранены въ предѣлахъ нормы.

Почти все время держалась высокая температура.

### *Neurasthenia sexualis.*

Больной Н. Т., 24 л., студентъ. Въ клинику поступилъ съ жалобами на головную боль, вялость кишечника, разстройство функцій *genitalia* и общую слабость нервной системы.

Всегда былъ слабымъ ребенкомъ. 11-ти лѣтъ поступилъ въ гимназію; ученіе давалось легко, занимался мало, увлекался чтеніемъ, читалъ безъ разбора все, 12-ти лѣтъ потерялъ отца. Событіе это сильно отразилось на больномъ: сталъ безпокойнымъ, плохо спалъ. 12-ти лѣтъ имѣлъ 1-ый *coitus*, при чемъ въ теченіе 2-хъ мѣсяцевъ былъ *abusus in Venere*, послѣ чего больной сильно ослабѣлъ, появились головныя боли и тоскливо угнетенное настроеніе. Больной самъ прекратилъ *coitus* и постепенно къ 17 годамъ поправился и окрѣпъ.

Около этого времени у больного подъ вліяніемъ волненія однажды появилась эрекция и поллюція, а потомъ это стало повторяться всякій разъ при малѣйшимъ волненіи; обстоятельство это сильно удручало его и онъ всячески старался слѣдить за собою и сдерживаться. На 18-мъ году у больного появились боли во лбу; врачи нашли у него аденоидныя разраженія, былъ предпринятъ цѣлый рядъ операцій, сопровождавшихся обильнымъ кровотеченіемъ, послѣ чего снова появились головныя боли, вялость кишечника и подавленное настроеніе, къ тому же участились симптомы раздраженія со стороны половой сферы. Послѣ двукратнаго курса мышьяковаго лѣченія больной окрѣпъ, но въ послѣднее время сталъ замѣчать, что влеченіе къ женщинамъ у него пропало и онъ возбуждается только тогда, когда это выходитъ изъ области фантазіи. Съ такими явленіями больной поступилъ въ клинику. У отца больного былъ *lues*; со стороны отца, кромѣ того, алкоголизмъ. Что касается половой сферы больного, то необходимо отмѣтить слѣдующее. Съ 5 лѣтъ больного усиленно раздражали няньки разными способами. Затѣмъ, какъ уже

было упомянуто, въ 12 лѣтъ онъ имѣлъ 1-й coitus, при чемъ тогда заразился гонореей. Мастурбаціей не занимался, но и coitus'a больше не имѣлъ.

St. praesens. Правильнаго тѣлосложенія, достаточнаго питанія съ долихоцефалическимъ (70) черепомъ. Въ правой верхушкѣ жесткое дыханіе. Шумъ волчка. Вслѣдствіе хроническаго насморка, голосъ имѣетъ носовой отгнѣнокъ. Временами непроизвольное вздрагиваніе туловища и подергиваніе конечностей. Механическая возбудимость слегка повышена, мышечнаго велика нѣтъ.

Сухожильные рефлексy: колѣнные, Ахилловы, biceps, triceps живые. Патологическихъ р.р. нѣтъ. Подошвенныя брюшныя, cremaster хороши. Глоточный довольно ясный. Зрачки на свѣтъ реагируютъ хорошо.

Чувство стягиванія и зябкость въ ступняхъ. Всѣ виды чувствительности сохранены въполнѣ. Рѣзкій дермографизмъ. Настроеніе тоскливое, угнетенное. Сонъ достаточный, спокойный.

Больной пробылъ въ клиникѣ 1 мѣсяцъ; выписался съ замѣтнымъ улучшеніемъ: головныя боли уменьшились, кишечникъ менѣ беспокоитъ больного, настроеніе болѣе бодрое.

### *Dystrophia musculorum progressiva.*

Больная П. К., 23 лѣтъ, крестьянская дѣвушка, отличалась всегда хорошимъ здоровьемъ, поступила въ клинику съ жалобами на общую слабость, слабость рукъ и ногъ. Отецъ и тетка по отцу алкоголики, братъ страдаетъ tbc. Въ остальномъ общій анамнезъ не представляетъ ничего особеннаго.

Больна болѣе 5 лѣтъ. Въ іюль 1902 г. больная пошла въ лѣсъ за орѣхами, влѣзла на дерево и оттуда упала на землю (съ высоты приблизительно 3—4 аршинъ). Съ этого момента она считаетъ начало своей болѣзни, такъ какъ послѣ паденія тотчасъ же почувствовала онѣмѣніе въ ногахъ и слабость походки. Постепенно слабость нижнихъ и верхнихъ конечностей стала увеличиваться. Въ то же лѣто 1902 г. больная уже потеряла способность участвовать въ полевыхъ работахъ вслѣдствіе слабости ногъ, работать же руками въ сидячемъ положеніи все время больная могла, и только около 1 года назадъ слабость и верхнихъ конечностей стала настолько сильной, что больная перестала совсѣмъ работать.

St. praesens. Со стороны внутреннихъ органовъ не удается отмѣтить ничего особеннаго.

Больная садится съ трудомъ, встать съ постели безъ посторонней помощи не можетъ. Походка паретическая; ноги поднимаетъ отъ пола на небольшое разстояніе; ходитъ съ откинутымъ назадъ туловищемъ. Фонація ослаблена; слабость голоса развилась за время болѣзни. Тремор вѣкъ и пальцевъ рукъ. Рѣзкое ограниченіе движеній въ плечевыхъ суставахъ, поднимаетъ руку только до горизонтальнаго положенія. Движенія въ локтяхъ и пальцахъ по объему нормальны. Движенія въ плечѣ и сгибаніе въ локтѣ очень ослаблены.

M. triceps недурень по силѣ. Пронація и супинація нѣсколько сильнѣе, чѣмъ движенія въ плечѣ.

Движенія кисти и пальцевъ значительно сильнѣе. Активныя движенія въ нижнихъ конечностяхъ въ тазобедр. суставѣ—abs, кромѣ ротации бедра кнаружи, въ колѣнномъ — почти abs, въ голеностопныхъ и пальцевыхъ. — Norma. Сила движеній въ тазобедренномъ суставѣ отсутствуетъ, въ колѣнномъ—очень ослаблена, особенно сгибаніе, въ голеностопныхъ—разгибаніе сильнѣе сгибанія. На лѣвой сторонѣ движенія нѣсколько лучше, чѣмъ на правой, но очень незначительно. Движенія головой по объему нормальны, по силѣ же—ничтожны. Движенія туловища очень слабы.

Координація N. Сила правой руки = 24, лѣвой = 28. Пассивныя движенія производятся со значительно ослабленнымъ сопротивленіемъ тамъ, гдѣ мышцы атрофированы. Общее похуданіе тѣла и тазобедреннаго и плечевого поясовъ.

Атрофированы слѣдующія, мышцы: cucullaris, St. — cl. mastoid., deltoideus, biceps, intra- et supraspinati, rhomboidei, длинныя спинныя на шеѣ и на спинѣ (sacro-lumba-

lis), мышцы таза и бедра почти совершенно идентичны съ обѣихъ сторонъ. Окружности плеча 22 D. 23 S. Предплечье 24 D. 23 S. Кисть 19 D. 19 S. Бедро 43 D. 43 S. Голень 35 D. 34 S. Шея 38 cm.

Тонусъ мышцъ ослабленъ. Механическая возбудимость сохранена, но нѣсколько ослаблена.

Электровозбудимость. Въ нервахъ уклоненій отъ нормы нѣтъ. Въ мышцахъ recto-talis major, supra-et infra-spinati, sacro-lumbalis, которыя представляются наиболѣе атрофированными до степени полного истонченія и какъ бы отсутствія на обѣихъ сторонахъ тѣла, не удается получить сокращенія при той силѣ тока, которую больная способна выдержать.

Другія атрофированныя мышцы не представляютъ явленій реакціи перерожденія; сокращеніе вездѣ получается не вялымъ, а довольно живымъ. Изслѣдованіе электровозбудимости чрезвычайно болѣзненно.

Masseter p. получается. Viceps p. abs. съ обѣихъ сторонъ, triceps p. справа abs, слѣва получается. Колѣнные получаютъ съ большимъ трудомъ, Ахилловы abs. Подошвенный справа abs, слѣва—ослабленъ. Брюшные p. живые. Глоточный p.—N. Патологическихъ рефлексовъ нѣтъ. Зрачки, тазовые органы, всѣ виды чувствительности уклоненій отъ нормы не представляютъ.

Больная жалуется на боль въ спинѣ, особенно при сидѣніи, весь позвоночникъ чувствителенъ при давленіи, мышцы на бедрѣ и голени (особенно gastrocnemius) очень чувствительны при ощупываніи.

Интересъ случая заключается въ остромъ развитіи вышеописанной картины болѣзни послѣ травмы.

### *Myelitis specifica (типъ Броунъ-Секаръ).*

Больному 61 годъ. Lues 2½ года назадъ, постоянно находится подъ наблюденіемъ опытнаго спеціалиста; сдѣлано 150 инъекцій Hg. Алкоголизмъ большой.

Семья нервная; бабка по матери — душевно-больная.

Со стороны отца въ семьѣ алкоголизмъ. Субъектъ очень нервный. Въ іюль 1906 г. (приблизительно черезъ 14 мѣсяцевъ послѣ зараженія) — явленія специфическаго міэлитита; специфическое лѣченіе черезъ 4 мѣсяца возстановило здоровье больного. Въ августѣ 1907 г. очень усталъ, вслѣдствіе усиленныхъ занятій (кромѣ того, б—ой всегда много ходитъ). Со 2-ой половины августа 1907 г. вновь развились міэлитическія явленія.

St. praes. Явленія міокардита, пульсъ 88 въ 1 м.; въ правой легочной верхушкѣ немного сухихъ и влажныхъ хриповъ. Запоры. Явленія цистита. Полный параличъ лѣвой нижней конечности.

Движенія правой ногой по объему нормальны, по силѣ ослаблены. Ригидность въ лѣвой ногѣ рѣзко выражена. Питаніе мышцъ удовлетворительное. Клонусъ чашки и стопы слѣва.

Пальцевой (Россолимо) рефл. слѣва, въ формѣ аддукціи пальцевъ другъ къ другу, получается, справа — abs.

P. Бабинскаго получается съ обѣихъ сторонъ. Cremaster—p. есть. Брюшные—abs, подошвенные — живые. Ахилловы и колѣнные повышены. Вяловатая реакція зрачковъ. Задержаніе мочи. Тактильная чувствительность сохранена. Мышечное чувство разстроено въ обѣихъ нижнихъ конечностяхъ довольно значительно, справа сильнѣе. Температурная, болевая и вибраціонная чувствительность разстроены очень рѣзко на всей правой ногѣ (полная анестезія; не различаетъ разницу въ 30°) и на туловищѣ до уровня пупка, слѣва же — значительно слабѣе — на голени и ступнѣ, а также узкой полосой на туловищѣ, выше линіи пупка.

Теченіе. Послѣ специфическаго лѣченія болѣзненные явленія стали исчезать, но очень медленно.

*Hemiplegia et aphasia ex thrombosi.*

Больной А. У., 43 лѣтъ, безъ сифилиса въ анамнезѣ и рѣзко выраженного алкоголизма. Артеріосклерозъ.

St. praesens. Hemiplegia dextra. Непроизвольный плачь. Въ началѣ заболѣванія была полная моторная афазія. Постепенно афазическія явленія стали проходить, и теперь (черезъ 9 мѣсяцевъ отъ начала заболѣванія) больной можетъ вести разговоръ, отвѣчаетъ на всѣ вопросы, его всегда можно понять. На первый планъ выступаютъ явленія дизартріи слѣдующаго характера: гласныя произносятся въ общемъ удовлетворительно, однако, вмѣсто „ы“ и „у“ обычно слышится „и“ и „ю“; изъ согласныхъ: „х“ и „л“ совсѣмъ не произносятся, другія же звучатъ неясно: нѣтъ большой разницы между „б“ и „п“, между „д“ и „т“ лучше и опредѣленнѣе звучатъ: б, д, ж, м, р, к, ш, значительно хуже: п, т, з, н, с, л, х. Въ результатѣ такого характера артикуляціи у больного получается дизартрія такого рода, что рѣчь его производитъ впечатлѣніе рѣчи начинающаго обучаться русскому языку нѣмца (хотя больной чистокровный русакъ, крестьянинъ, никогда не жилъ съ нѣмцами и раньше не пробовалъ коверкать русскую рѣчь). Онъ говоритъ: „бутилька“ („бутылка“), „ношка“ („ножка“—вмѣсто „нога“), „кар-рашо“ („хорошо“) и т. п. Кромѣ того, больной имѣетъ склонность къ употребленію уменьшительныхъ именъ существительныхъ: „ношка“, „коловка“, „прушка“ и т. д. Простыя фразы конструируются удовлетворительно; члены предложенія соподчинены.

Surditas verbalis abs. Очень слабо, но все-таки выражены явленія амнестической афазіи. Аграфія, алексія и апраксія нѣтъ. Разстройство чувствительности въ формѣ hemiparæsthesia dextra (главнымъ образомъ, въ рукѣ и на лицѣ), при этомъ температурная чувствительность и мышечное чувство разстроены гораздо сильнѣе, чѣмъ тактильная и болевая чувств. Дно глаза N. Психика нормальна, за исключеніемъ вышеописанныхъ разстройствъ со стороны рѣчи.

*Sclerosis disseminata (myelitis chronica).*

Больная М. О., 34 лѣтъ, замужняя, 4 дѣтей, выкидыши abs, жена рабочаго, занимается домашнимъ хозяйствомъ, поступила съ жалобами на общую слабость, слабость ногъ, головокруженіе.—Всегда отличалась хорошимъ здоровьемъ. Lues, алкоголизмъ, гоноррея отрицаются. Со стороны наслѣдственности — ничего особеннаго.—Слабость ногъ отмѣчаетъ года 4. Болѣзнь началась послѣ родовъ. Около года ощущается онѣмѣніе какъ нижнихъ, такъ и верхнихъ конечностей. Также около года имѣется небольшой ptosis лѣваго вѣка. Нѣсколько мѣсяцевъ назадъ появились частыя позывы на мочеиспусканіе. Около 2 мѣсяцевъ назадъ — частыя головокруженія.

St. praesens. Истощенная, деликатнаго сложенія женщина. Вѣсъ 2 п. 13 ф. Ушныя мочки приращены. Пульсъ 96 въ 1 м. Выдохъ въ правой верхушкѣ. Наклонность къ запорамъ. Слѣды редуцирующихъ веществъ въ мочѣ. Въ остальномъ внутренніе органы въ порядкѣ.—Положеніе тѣла полуактивное. Сильно паретическая походка со спастическимъ оттѣнкомъ.

Tremor linguae и вѣкъ. Небольшія нистагмообразныя движенія при взглядѣ влѣво. Небольшой ptosis лѣваго вѣка. Верхнія конечности находятся въ удовлетворительномъ состояніи.

Активныя движенія въ нижнихъ конечностяхъ очень ограничены во всѣхъ суставахъ, кромѣ фаланговыхъ, вслѣдствіе рѣзкаго пареза и гипертоніи. Параплегія равномерная съ той и другой стороны. Сила мышцъ тазобедреннаго сустава = 0. Разгибатели на бедрѣ и сгибатели на голени сильнѣе другихъ мышцъ. Координація въ правой рукѣ замѣтно разстроена, въ лѣвой — нормальна. Общее похуданіе мускулатуры.—Masseter, triceps, biceps, періостальный р.р. abs. Клонусъ чашекъ и стопъ. Пальцевой (Россолимо) р. и р. Бабинскаго рѣзко выражены съ обѣихъ сторонъ. Подошвенные р. получаютъ. Брюшные р. abs. Глоточный р. есть. Реакція зрачковъ вяловата. Частыя позывы на мочеиспусканіе.

Наклонность къ запорамъ. Головокруженіе, головная боль, шумъ въ ушахъ. Очень небольшое пониженіе тактильной и болевой чувствительности на концахъ пальцевъ рукъ. Weber на концахъ пальцевъ рукъ — 2 — 3 mm. Въ остальномъ всѣ виды чувствительности нормальны.

Правый зрачокъ немного шире лѣваго. Оба сосочка зрит. нерв. обезцвѣчены и нѣсколько больше въ височной своей части. Со стороны психики можно отмѣтить повышенную смѣшливость.

Теченіе болѣзни. Больной производилось специфическое лѣченіе (Hg + I), во время котораго появился замѣтный нистагмъ и обрисовались явленія, сходныя съ Intentionszittern. Было проведено укрѣпляющее лѣченіе, послѣ чего субъективныя разстройства исчезли, сила рукъ увеличилась, состояніе же нижнихъ конечностей осталось безъ переменъ. — Реакція зрачковъ иногда отмѣчалась вполне живой.

Случай интересенъ, какъ иллюстрація къ защищаемому нѣкоторыми изслѣдователями взгляду, что иные случаи такъ назыв. myelitis chronica есть ни что иное, какъ спинальная форма разсѣяннаго склероза.

### *Poliomyelitis subacuta superior.*

Больной А. Р., 32 л., по профессіи техникъ - чертежникъ, женатъ, дѣтей не имѣетъ. Поступилъ въ клинику съ жалобами на слабость правой руки. Въ дѣтствѣ перенесъ оспу. За послѣдніе 2 года сталъ страдать головными болями и чувствовать общую слабость, легко уставалъ. Наслѣдственность: отецъ и мать слабаго здоровья, 2-е дядей по отцу умерли отъ tbc. Lues отрицается. Гоноррея 18 лѣтъ назадъ. Алкоголизмъ умѣренный.

Болѣзнь началась 1½ года назадъ. Болѣзнь началась слабостью въ среднемъ пальцѣ правой руки; эта слабость распространилась затѣмъ на остальные пальцы, такъ что че-

	ПРАВАЯ.			ЛѢВАЯ.		
	Инд.	КЗС.	АЗС.	Инд.	КЗС.	АЗС.
N. radialis.	50	3	6	46	2	5
M. triceps.	40	9	10	44	10	11
M. supinator long.	46	3	1	36	2	4
M. extens. carp. rad. long.	abs	abs	abs	50	4	3
M. extens. dig. comm.	abs	abs	abs	50	3	3
M. extens. dig. minim.	abs	abs	abs	44	3	5
M. extens. carp. ulnar.	52	5	2	34	2	4
M. abduct. pol. long.	44	2,5	4,5	52	3	4
M. indicator.	abs	abs	abs	44	4	5

резь 1/2-года всё пальцы со стороны разгибателей въ состояніи паралича. Съ этого времени рука больного находится въ одномъ положеніи. Никакихъ болѣй во время развитія болѣзни больной не чувствовалъ.

St. praesens. Блѣдный, истощенный субъектъ. Ушные мочки приращены. Внутрен. орг. въ порядкѣ. Явленія со стороны нервной системы концентрируются почти исключительно въ правой рукѣ. Правая рука въ плечевомъ и локтевомъ суставахъ не представляютъ уклоненій отъ нормы. Въ лучезапястномъ суставѣ сгибаніе нормально. Разгибаніе въ лучезапястномъ суставѣ очень слабо, при этомъ кисть отводится кнутри. Сгибаніе пальцевъ нормально, разгибаніе ослаблено, при чемъ 2-й и 5-й пальцы разгибаются больше; разгибаніе большого пальца ограничено. Остальныя движенія нормальны. Сила правой руки = 10 kl.

Правое плечо въ окружности 28 см., лѣвое—29; предплечье правое 21,5, лѣвое—21,5. Разгибатели на правомъ предплечьѣ очень атрофированы; замѣтное похуданіе мышцъ thenaris. Похуданіе другихъ мышцъ на правой рукѣ менѣе рѣзко выражено. Мышечный валикъ на m. biceps.

Электровозбудимость:

Кромѣ того, въ m. m. abductor pollic. brev., flexor pollic. brev., flexor. digiti minimi, pterosseus I на правой сторонѣ, при сохраненіи возбудимости къ индуктивному току, катодъ равенъ аноду. Въ другихъ мышцахъ уклоненій отъ нормальной реакціи отмѣтить не удастся. (Цифры по отношенію къ индуктивному току соотвѣтствуютъ реостату аппарата Multostat фирмы Sanitas; цифры, относящіяся къ гальваническому току, выражаютъ силу тока въ миллиамперахъ). Рефлексы на верхнихъ конечностяхъ сохранены. Въ остальномъ нервная система больного не представляетъ замѣтныхъ уклоненій отъ нормы.

Интересъ наблюденія заключается въ ограниченности распространенія пораженія исключительно на область разгибателей предплечья. Помимо локализациі процесса на правой сторонѣ путемъ электрическаго изслѣдованія, можно было заподозрѣть распространеніе его и на лѣвую сторону (частичн. реакція перерожденія въ m. extens. corp. rad. long. и сравненіе КЗС съ АЗС въ m. extens. dig. com. long. слѣва), несмотря на полное отсутствіе субъективныхъ разстройствъ и другихъ объективно констатируемыхъ измѣненій.

Описываемый случай можетъ служить также иллюстраціей къ теоріи Edinger'a о роли Aufbrauch krankheiten въ патологіи нервной системы, такъ какъ больной сталъ ощущать слабость въ тѣхъ мышцахъ, которыми ему приходилось давно и подолгу работать въ силу своей профессіи чертежника.

### *Cystis hemisphaerae dextrae.*

Больная Т. Б., 28 лѣтъ, дѣвица, живетъ при родныхъ. Въ клинику поступаетъ въ 5-й разъ съ одними у тѣми же жалобами на сильную головную боль, слабость зрѣнія и параличъ лѣвыхъ конечностей. Въ дѣтствѣ перенесла корь, оспу, болѣла золотухой. Съ 4-хъ лѣтъ часто страдала заболѣваніями лѣваго уха: была стрѣльба, временами текъ гной. Наслѣдственность: Отецъ † отъ tbc., сильно пилъ, мать страдаетъ головными болями и геморроемъ, всѣхъ дѣтей въ семьѣ 10, 11-й абортъ, въ живыхъ осталась только одна больная. Lues, алкоголизмъ abs.

Въ 1-й разъ больная находилась въ клиникѣ въ 1899—1900 г. Начало болѣзни съ декабря 1898 г. Болѣзнь началась съ головной боли, головокруженія и тошноты; вскорѣ же началась слабость лѣвыхъ конечностей. Въ мартѣ 1899 г. появились первые признаки слабости зрѣнія.

Съ 28 марта по 16 сентября было около 10 эпилептоидныхъ припадковъ безъ потери сознанія, выражающихся внезапнымъ параличомъ и анестезіей языка и сведеніемъ головы влѣво. Иногда припадки начинались дрожаніемъ пальцевъ лѣвой ступни, затѣмъ колѣна и, наконецъ, всей ноги; потомъ дрожаніе переходитъ на лѣвую руку и лицо.

St. praes. Hemiplegia sinistra. Головная боль. Глубокое разстройство мышечнаго чувства и другихъ видовъ чувствительности. Visus OD. = 1/2 OS = 1/4. Застойный сосокъ съ обѣихъ сторонъ. 8-го декабря 1899 г. сдѣлана была трепанациа. Въ области центра руки

(справа) сдѣлано два вкола иглой и выпущено каждый разъ до 20 к. ц. желтоватаго цвѣта жидкости. Затѣмъ былъ сдѣланъ разрѣзъ въ области центра руки и вставленъ дренажъ. Впрыснуть соляной растворъ, съ операцией торопились вслѣдствіе слабости сердца. При изслѣдованіи на другой день—полный параличъ лѣвой руки и анестезія ея, кромѣ того, появились судорожныя явленія въ лѣвой ногѣ. Изъ мозговой раны вытекала гноевидная кровянистая масса съ кусочками мозговой ткани. 20-го декабря вынуть дренажъ, при чемъ вытекло много содержащей клочки молочнаго цвѣта жидкости. 4-го января 1900 г. проминенція сосочка праваго глаза исчезла совсѣмъ, на лѣвомъ же глазу проминируютъ только верхніе и ниже-внутренніе квадранты и существуетъ нѣкоторое обезцвѣсиваніе отъ атрофіи. 4-го января начали появляться движенія въ лѣвыхъ конечностяхъ, а 31-го января больная стала ходить.

Во 2-й разъ больная была въ февралѣ — маѣ 1901 г. Въ St. praes. отмѣчено: Говорить хриплымъ голосомъ, что развилось со времени болѣзни. Hemiplegia sinistra inveterata. Реакція зрачковъ ослаблена. Головная боль. Онѣмѣніе въ лѣвыхъ конечностяхъ. Vis. OD = 0,6 — 0,7.

Въ 3-й разъ пребыванія въ клиникѣ (осенью 1902 г.) въ исторіи болѣзни не было отмѣчено ничего новаго.

Зимой 1904—1905 г. у больной бывали опять эпилептическіе припадки съ прикусомъ языка, потерей сознанія, произвольнымъ мочеиспусканіемъ. Припадковъ Jackson'овскаго типа не было. За всю зиму было менѣе 10 припадковъ, припадки бывали рѣдко.

Въ сентябрѣ 1905 г. усилилась головная боль, появилась тошнота и рвота; одновременно зрѣніе стало хуже; иногда дѣлались подергиванія въ пальцахъ лѣвой руки.

Въ 4-й разъ больная поступила въ клинику въ концѣ сентября 1905 г. St. praes. Походка гемиплегическая. Hemiplegia sinistra съ пораженіемъ нижнихъ вѣтвей и facialis. Рѣзко выраженныя контрактуры и ригидность. Повышеніе сухожильныхъ рефлексовъ.

Клонусъ стопы, чашки, кисти и въ локтѣ слѣва. Р.р. Бобинскаго и пальцевой (Россолимо) слѣва. Брюшныя р. слѣва abs. Подошвенные получаютъ. Правый зрачокъ реагируетъ на свѣтъ, лѣвый — очень плохо. Сильная головная боль съ тошнотой и рвотой. Въ правой половинѣ черепа въ области теменныхъ костей отмѣчается опухоль величиной съ дѣтскій кулачокъ; передняя часть опухоли тверда, такъ какъ образована приподнятой костью, задняя мягка, выбухаетъ, пульсируетъ. Задне-наружная часть опухоли болѣзненна при ощупываніи. Разстройства всѣхъ видовъ чувствительности въ правой половинѣ тѣла капсулярнаго типа; чувствительность разстроена, главнымъ образомъ, въ рукѣ. Лѣвымъ глазомъ не различаетъ свѣта и тьмы. Visus OD. = 0,6 — 0,7. Atrophia pap. p. optis. secundaria. Сосуды ретины расширены и сосочекъ проминируетъ. Въ лѣвомъ ухѣ — старый перфоративный процессъ. Слухъ слѣва хуже, чѣмъ справа. Костная проводимость не измѣнена. Замѣтныя дементныя явленія; легко плачетъ, но, съ другой стороны, быстро успокаивается отъ своихъ огорченій.

Въ клиникѣ больной была сдѣлана punctio lumbalis, послѣ которой головная боль рѣзко усилилась; увеличилось напряженіе въ мягкой части опухоли, появилась рвота, общее состояніе очень ухудшилось.

Черезъ нѣсколько дней больной былъ сдѣланъ уколъ въ мягкую часть опухоли полой иглой, при чемъ было выпущено около 40 к. ц. мутной, ржаво-краснаго цвѣта жидкости. При изслѣдованіи жидкости подъ микроскопомъ оказалось, что въ ней имѣется очень большая примѣсь кровяныхъ шариковъ; при этомъ, наряду съ большимъ числомъ неизмѣненныхъ складывающихся въ столбики красныхъ шариковъ, находится много измѣненныхъ (тутовая ягода и друг.) формъ. Сахару въ выпущенной жидкости не оказалось. Послѣ описанной punctio capitis напряженіе опухоли уменьшилось, головная боль совсѣмъ исчезла, общее самочувствіе больной стало благоприятнымъ.

Въ сентябрѣ 1906 г. б—ая обратилась вновь въ клинику съ жалобами на усилившуюся головную боль съ рвотой. Больной амбулаторно была произведена punctio въ область опухоли, и было выпущено 15 к. ц. кровянисто-ржавой мутной жидкости, которая подъ микроскопомъ дала тѣ же явленія, какъ въ 1-й разъ. Послѣ punctio capitis вновь облегченіе со стороны головной боли, однако, повидимому, количество выпущенной жидко-

сти было недостаточно, такъ какъ б—ная въ ноябрѣ того же года вновь обратилась въ клинику, опять съ жалобами на усилившуюся головную боль. Вновь было выпущено 15 к. ц. при этомъ наблюдалось слѣдующее: жидкость стала вытекать только послѣ того, какъ игла была вдвинута см. на 2 въ вещество мозга (опухоли), и перестала вытекать, когда ея было выпущено 15 к. ц. Результаты микроскопическаго изслѣдованія жидкости тѣ же, что и раньше.

Въ 5-й разъ больная поступила въ клинику осенью 1907 г. Съ ноября 1906 г. больная чувствовала себя сносно въ теченіе почти цѣлаго года; мѣстные явленія со стороны нервной системы оставались тѣми же, но головная боль не усиливалась.

Осенью же 1907 г. вновь усилились головныя боли, появились частыя головокруженія, рвота, зрѣніе стало еще болѣе падать, появились сильныя запоры. *St. praesens*: Величина вышеописанной опухоли нѣсколько больше, напряженіе въ ней сильнѣе, болѣзненность опухоли такая же, какъ при описаніи въ 1905 г.

Пульсація въ опухоли отсутствуетъ.

*Hemiplegia sinistra inveterata*. Нистагмообразныя движенія при краевыхъ положеніяхъ глазъ.

Рефлексы и чувствительность въ томъ же положеніи, какъ и раньше. Лѣвый зрачокъ на свѣтъ не реагируетъ, правый на свѣтъ реагируетъ хорошо, на аккомодацию же не реагируетъ. Головная боль съ рвотой. *Vis. OD = 0, 6. Vis OS. = 0*. Иногда лѣвый зрачокъ шире праваго. *Hemianopsia sinistra* праваго глаза, полная *anopsia* лѣваго.

20/x. 1907 г. больной былъ сдѣланъ вколъ иглой въ области опухоли, откуда было выпущено 60 к. ц. кровянисто-серозной жидкости; жидкость вытекала подъ сильнымъ давленіемъ; микроскопически жидкость представляетъ тѣ же вышеописанныя данныя.

Послѣ *punctionis* и выпусканія жидкости опухоль уменьшилась, въ ней появилась пульсація. Головная боль и рвота исчезли. Послѣ операціи больная нѣсколько дней плохо слышала, жаловалась на шумъ въ ушахъ, потерю аппетита. Однако вскорѣ же эти непріятныя явленія исчезли, и больная выписалась безъ головной боли.

*Эпикризъ*. Повидимому, мы имѣемъ дѣло съ полостью, находящейся въ правомъ полушаріи мозга, представляющей собой, вѣроятно все, кисту, стѣнка которой близко подходитъ къ боковому желудочку.

На послѣднее обстоятельство указываетъ полученный въ 1905 г. результатъ отъ *punctio lumbalis*, послѣ которой появилось ухудшеніе со стороны головной боли. Если бы было сообщеніе съ полостью желудка, то выпусканіе cerebro-спинальной жидкости повлекло бы за собой нѣкоторое уменьшеніе давленія и внутри патологической полости, что выразилось бы уменьшеніемъ головной боли. Если же полость предполагаемой кисты находилась бы далеко отъ полости желудка, врядъ ли бы *punctio lumbalis* дала столь непріятный результатъ. Какъ видно изъ приведеннаго описанія болѣзненныхъ явленій, надо полагать, что періодически усиливающіяся головныя боли у больной зависятъ отъ достиженія извѣстнаго *maximum'a* давленія постепенно накапливающейся въ патологической полости жидкости.

### *Hysteria traumatica.*

Больной *Θ. О.*, 24 лѣтъ, чернорабочій. Отецъ выпиваетъ, но немного; 6 братьевъ и сестеръ умерло маленькими.

Съ 20 лѣтъ самъ выпиваетъ порядочно. Много курить.

Женатъ 4 года, 2 дѣтей здоровыхъ. Въ остальномъ общій анамнезъ не представляетъ ничего особеннаго.

Около 4-хъ мѣсяцевъ назадъ, при нагрузкѣ товара, лѣвая рука больного была придавлена кипой 8 пуд. вѣсомъ; одновременно больной получилъ ударъ отъ той же кippy въ лѣвое плечо.

Сначала больной чувствовалъ боль въ лѣвомъ плечѣ, черезъ мѣсяць появилась боль въ локтѣ, и вскорѣ начало сводить пальцы лѣвой руки. Работать больной съ момента травмы не могъ. Больной обращался ко многимъ врачамъ.

*St. praes.* Ушныя мочки приращены. Пульсъ 100 въ 1 м.



Въ мочѣ слѣды редуцирующихъ веществъ. Въ остальномъ внутренніе органы не представляютъ измѣненій.

Лѣвая носогубная складка выражена сильнѣе.

Въ клиникѣ былъ отмѣченъ *hemi-spasmus glossolabialis hysterica*. Тремор вѣкъ. Лѣвая рука находится въ состояніи рѣзко выраженной гипертоніи: надплечье приподнято, плечо приведено, предплечье нѣсколько согнуто, пальцы находятся въ состояніи сгибательной контрактуры: I-ый палецъ рѣзко гиперэкстензированъ въ I-ой фалангѣ и рѣзко согнутъ во II-ой; всѣ другіе пальцы рѣзко согнуты и приведены другъ къ другу. Активныя движенія въ лѣвой рукѣ очень ограничены. Пассивныя движенія въ лѣвой рукѣ очень затруднены, однако всѣ движенія по объему нормальны. Требуется очень большая сила для того, чтобы вывести контрактурованные суставы изъ ихъ вынужденнаго положенія. Хирургическое страданіе исключается. Механическая возбудимость повышена; съ той и другой стороны получается мышечный валикъ. Сухожильные рефлексы всѣ повышены. Клонусъ чашки и стопы слѣва. Р. Бабинскаго abs. Пальцевой (Россолимо) р. получается слѣва въ формѣ абдукціи. Брюшные abs.

Подошвенные получаютъ. Глоточный р. пониженъ. Боли въ лѣвой рукѣ и лѣвомъ надплечьѣ.

Пониженіе болевой и температурной чувствительности въ области лѣваго надплечья и всей лѣвой руки. Температурная чувствительность, чувство локализаци и мышечное чувство нормальны. Рѣзко выраженный дермографизмъ.

Сильная потливость. Легко возбудимый субъектъ; настроеніе угнетенное; чрезвычайно склоненъ къ всевозможнымъ волненіямъ. — Во время пребыванія въ клиникѣ нѣсколько разъ поднималась температура въ формѣ истерической гипертерміи. (Наблюденіе описано подробнѣе въ работѣ д-ра В. К. Хорошко: *Обозрѣніе Психіатріи, Неврологіи и Экспер. психологін* 1908 г.).

#### *Ангіо-саркома оболочекъ спинного мозга.*

Опухоль помѣщалась въ области верхней части шейнаго утолщенія. Наблюденіе войдетъ въ работу В. К. Хорошко о вторичныхъ перерожденіяхъ при спинно-мозговыхъ заболѣваніяхъ.

#### *Полиневритическій психозъ.*

Больная 29 лѣтъ, сильно злоупотреблявшая алкоголемъ, остро заболѣваетъ явленіями полиневритическаго психоза. Черезъ 3 недѣли наступаетъ смерть. Результаты патолого-анатомическаго изслѣдованія нервной системы будутъ опубликованы В. К. Хорошко.

---

---

Въ отчетномъ году операціи въ клиникѣ велись при тѣхъ же условіяхъ, какъ и въ предыдущемъ (см. „Ежегодникъ“, вып. I). Въ отношеніи обезболиванія общіе принципы остались по существу прежними. Для общаго наркоза примѣнялся исключительно аппаратъ *Braun'a* (см. „Ежегодн.“, I, стр. 184). Преимущество отдавалось ээиру въ сочетаніи съ морфіемъ; чаще приходилось однако въ періодъ возбужденія прибавлять и хлороформъ. При такомъ широкомъ примѣненіи ээиры не безынтересно отмѣтить, что послѣоперац. пневмоній въ отчетн. году мы не имѣли. Количество операцій, произведенныхъ за то же время, было 300 — на 365 больныхъ (227 м. и 138 ж.).

### I. Болѣзни головы и лица.

32 случая (17 мужч., 12 женщ. и 3 дѣт.; ум. 2).

Травматическихъ поврежденій—7, воспалительныхъ—11, новообразованій—8, приобрѣтенныхъ обезображиваній—4, носовыхъ кровотеченій послѣ операціи—2.

Случаи съ травмат. поврежд. наблюдались у 5 мужч. и 2 дѣт. съ 1 смертельнымъ исходомъ. Пораженія мягкихъ частей въ 4 случаяхъ: 2 мужч. и 2 реб. Всѣ четыре случая были съ ушибленно-рваными ранами.

Отставной генералъ преклоннаго возраста былъ сшибленъ извозчикомъ и сейчасъ же доставленъ въ клинику: на границѣ между теменн. и затылоч. костями съ лѣвой стор. рана съ ушибленными краями, gal. arripeut. — разорвана. Безсознательное состояніе, правый зрачекъ расширенъ, пульсъ медленный. Черезъ  $\frac{1}{2}$  часа больной скончался. Судебно-медицинское вскрытіе. Протокола нѣтъ.

Поврежденія костей и мозга въ 3 случ. (3 мужч.). Всѣ 3 случая—съ огнестрѣльными ранами, нанесенными револьв. пулями разныхъ системъ. Во всѣхъ случаяхъ было оперативное вмѣшательство: удаленіе пуль и осколковъ костей. Исходъ — выздоровленіе.

Студентъ сельско-хоз-яйств. института, 24 лѣтъ. Револьв. — системы бульдогъ, на близкомъ разстояніи. Въ прав. височн. обл.—3 входн. отверстія. Сознаніе немного подавлено. Другихъ мозговыхъ явленій нѣтъ. Въ тотъ же день подъ общ. наркозомъ—операція. Линейный разрѣзъ, соединяющ. всѣ три раны. Надъ прав. надбровн. дугой 2 отверстія съ ровными краями, проникающія въ полость черепа, одно изъ нихъ выполнено мозгов. массой. Удалены 3 неболш. кост. осколка. Кнаружи отъ нихъ удалена расплюснутая

свинцовая пуля, находившаяся подъ gal. aroneurotica, и подъ ней 5 осколковъ височн. кости разн. велич. Гладкое заживленіе, норм. темпер. Черезъ 6 недѣль выписался здоровымъ.

Ученикъ Комиссар. училища, 15 лѣтъ. Револьверъ—Смитъ-Вессонъ, на близк. разстояніи. Въ прав. височн. обл.—входное отверстіе. Пуля не прощупывается. Мозговыхъ явленій нѣтъ. Прав. глазъ закрытъ. Глазное яблоко не повреждено. Черезъ 2 дня — операція съ мѣстн. обезболиваніемъ. Костное отверстіе на мѣстѣ соединенія клиновидной и скуловой костей. Осколковъ нѣтъ. Мозговая масса. Выпускникъ. Теченіе гладкое при норм. темп. Выписанъ черезъ 5 недѣль съ косоглазіемъ (n. abducens).

Помощникъ исправника, 40 лѣтъ. Револьверъ браунингъ, разстояніе—10 шаговъ. Поступилъ въ клинику черезъ 16 дней послѣ раненія. На задней поверхн. неи, на 2 сант. влѣво отъ 5 шейнаго позвонка—рубецъ отъ заживленія входн. отверстія. Движенія головы болѣзненны, также и движенія нижн. челюсти (ротъ открываетъ на  $\frac{1}{2}$  стм.). Припухлость лѣв. скулов. области. Небольшая боль у корня языка при разговорѣ и жеваніи. T<sup>0</sup>. нормальная. Рентгенограмма—пуля въ лѣв. гайморовой полости. Операція подъ общ. наркозомъ. Гайморов. полость вскрыта черезъ fossa canina. Пуля лежала подъ слизистой оболочкой дна полости. Тампонада. Заживленіе безъ лихорадки per granulationem. Черезъ мѣсяць выписанъ.

Воспалительныя заболѣванія были въ 11 случаяхъ: 3 мужч., 7 женщ. и 1 реб. Изъ нихъ въ остромъ періодѣ было 6 (5 женщ. и реб.), въ хроническомъ 5 (3 мужч. и 2 женщ.). Среди острыхъ случаевъ есть одинъ окончившійся смертью.

Женщина-прислуга, 31 года, заболѣла острымъ мастоидитомъ за 1 недѣлю до поступленія. Доставлена въ клинику въ безсознательномъ состояніи, пульсъ 44, t<sup>0</sup> нормальная, двукратная рвота, зрачки расширены, боль и припухлость прав. сосцевиднаго отверстія. На другой день послѣ поступленія—радикальная операція по Schwarze \*. Въ склерозированной кости на большой глубинѣ зловонный гной. Antrum съ каріозными стѣнками и грануляціями. Удаленіе каріозныхъ остатковъ наковальни и молоточка. При вскрытіи средн. черепной ямки сильное выпячиваніе твердой мозговой оболочки, гноя не оказалось. Черезъ день послѣ операціи больная, не приходя въ сознаніе, скончалась.

Вскрытіе: Pachymeningit. purul. circumscripta in reg. pyramidis oss. temporis. Abscessus cerebri chron. in lobo temporali. Oedema et hyperaemia cerebri et piaie matris. Sinus petrosus inf. наполненъ кровян. гнойной жидкостью. Здѣсь же подъ тверд. мозгов. оболочкой небольшое скопленіе густого зеленов. гноя. Tumor lienis septicus parvus. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis et renum. Perihepatitis chron. adhaesiva. Oedema et hyperaemia venosa et emphysema pulmonum.

Другой острый случай мастоидита отличался рѣдкой локализацией гнойнаго фокуса въ корнѣ proc. zygomatici.

Женщ., \* 58 л., больна 4 мѣсяца. Припухлость и болѣзненность лѣв. p. mastoideus, изъ слухов. прохода выдѣленіе гноя. Лихорадочная t<sup>0</sup>. Операція подъ общимъ наркозомъ. Гнойный фокусъ—у верхн. периферіи слух. прохода. Въ стѣнкѣ слух. прохода свищевое отверстіе, ведущее въ полость съ грануляціями подъ corticalis въ толщу корня proc. zygomat. Corticalis удалена, грануляціи выскоблены. Ниже antrum въ corticalis гнойная полость. Antrum вскрыто. Тампонада іодоформной марлей. Теченіе безъ осложнений. Въ гною—стрептококкъ.

Съ острымъ воспаленіемъ Гайморовой полости былъ 1 случай.

Мальчикъ 15 лѣтъ \* — ученикъ Рязанской семинаріи. Каріозные зубы верх. чел. съ лѣв. стор. Изъ обѣихъ половинъ носа—слизисто-гнойное отдѣляемое. Подъ средн. раковиной съ лѣв. стор. небольшой полипъ. Пробный проколъ у нижней раковины—гной въ

\*) Случаи, обозначенные звѣздочкой, оперированы прив.-доц. Е. М. Степановичъ.

лѣв. Гайморовой полости. Гайморова полость вскрыта черезъ ячейку зуба. Полипъ удаленъ.

Остальные три случая гнойнаго остраго воспаленія наблюдались въ мягкихъ тканяхъ: 1 разъ въ parotis, 1 разъ подъ кожей волосистой части головы и 1 разъ подъ слизистой и надкостницей верхней десны. 2 раза возбудителемъ былъ золотистый стафилококкъ.

Жена почтов. чиновн., 37 лѣтъ, въ февр. 908 г. заболѣла инфлюенцей, въ мартѣ сталъ развиваться parotitis съ  $t^0$  до  $40^0$ . Въ дальнѣйшемъ развилась флегмона всей половины лица съ омертвѣніемъ клѣтчатки щеки. Больная оперировалась 3 раза: 1 разъ подъ кокаиномъ и 2 раза подъ общ. наркозомъ. Каждый разъ добавлялись новые разрывы. Выписалась черезъ 3 мѣсяца послѣ операціи здоровой.

Больная 37 лѣтъ, служить въ земской управѣ. Въ іюль 908 г.—pararitium. Въ августѣ—phlegmone brachii. Въ концѣ августа—гнойникъ подъ gal. aroneurot. По поводу послѣдняго заболѣванія поступила въ клинику. Подъ мѣстной анестезіей—сдѣланъ разрывъ. Черезъ двѣ недѣли выписана здоровой.

5 случаевъ хроническаго гнойнаго воспаленія съ локализацией въ костяхъ. 1 изъ нихъ—necrosis oss. cranii, 2—otitis chronica, 1—hygморитис дextra и 1—periostitis maxil. infer. Всѣ пять случаевъ кончились выздоровленіемъ.

Женщина 46 лѣтъ—владѣтельница фабрики. Золотуха въ дѣтствѣ. Съ 12—21 года—нервные припадки съ потерей сознанія безъ судорогъ. 36 лѣтъ—язва на голени. Съ осени 1907 г. періоститъ теменной кости. На лѣвой теменной кости язва съ подрытыми неправильными краями, дно и края покрыты сѣрыми грануляциями. На днѣ обнаженная изъѣденная кость. 8 мая—операція—мѣстная анестезія. Разрывъ, выскабливаніе. Kalium jodatum. Выдѣленіе цѣлаго ряда некротизированныхъ косточекъ. 11 іюня выписалась съ значит. улучшеніемъ.

Дантистка 26 л. Hygморитис dextra съ дѣтства—постоянный насморкъ, головокруженіе. Послѣдній годъ частыя боли въ правой половинѣ лица. Носовая перегородка отклонена влѣво, слизистая съ прав. стор.—суха, атрофированная. Затемненіе прав. Гайм. пол. при просвѣчиваніи. 7/III подъ общимъ наркозомъ—операція вскрытія Гаймор. полости черезъ fossa canina.

21 марта (мѣст. обезбол.) удаленіе полипа съ средней раковины. 30 марта (мѣст. обезб.) удаленіе передн. края средн. раковины. 4 апрѣля выписалась съ значительнымъ улучшеніемъ.

Учитель 48 лѣтъ \*. Polypi nasi et otitis bilat. chron. catarrh. Продолжительный насморкъ, съ лѣта 1907 г.—оглохъ. Полипозныя разрастанія обѣихъ средн. раков. гипертрофія нижнихъ. Барабанные перепонки втянуты, перфорации нѣтъ, значит. пониженіе слуха. 12 и 27 ноября удаленіе полиповъ. 23 ноября разрывъ на шеѣ по поводу нагноившейся лимф. жел. 15 декаб. выписался съ значительнымъ улучшеніемъ слуха.

Конторщикъ 20 лѣтъ \*. Otitis chron. dextra. Хроническое нагноеніе e carie in spatio eptimpanica—операція Stacke.

Новообразованія на головѣ и лицѣ наблюдались въ 8 случаяхъ (5 м. и 3 ж.). Въ это число не вошли тѣ случаи съ полипами носа которые описаны въ отдѣлѣ воспалит. заболѣваній, 5 разъ были злокачеств. новообр., 2 раза—доброкачеств. и 1 разъ родъ новообразованія остался невыясненнымъ.

Злокачественныя новообразованія наблюдались у 2 м. и 3 женщ. Саркомы—2 раза (1 м. и 1 ж.) въ возрастѣ 24 и 51 г. Одинъ изъ нихъ черезъ три мѣсяца поступилъ снова съ рецидив.: распростране-

ніе опухоли было слишкомъ велико, и поэтому выписанъ безъ операціи. У обоихъ наследственная передача отрицается. Поражена была верхняя челюсть съ локализацией главной массы въ правой половинѣ. Одинъ изъ нихъ оперировался до поступленія въ клинику 4 раза, и послѣ пятого рецидива поступилъ къ намъ.

Учитель—болгаринъ—24 лѣтъ. Въ сент. 1907 г.—опухоль у края прав. ноздри и на тверд. нѣбѣ. Въ ноябрѣ была удалена. Въ концѣ того же мѣсяца — рецидивъ и втор. операція. Рецидивы повторялись черезъ мѣсяцъ. 31 марта 1908 г. поступилъ къ намъ: прав. Гаймор. полость заполнена опухолью, перед. стѣнка полости выпячивается, прав. полов. носа заполнена опухолью. Верхнее нѣбо съ прав. стороны, а также и альвеолар. отрост. отсутствуютъ. 1 апр. подъ общ. наркозомъ была сдѣлана резекція прав. половины верхней челюсти. Черезъ недѣлю выписался въ хорошемъ состояніи. Черезъ три мѣсяца снова поступилъ въ клинику съ рецидивомъ, обширное распространеніе новообразованія — операція невозможна.

Больная 51 года. Въ августѣ 1907 г. опухоль на тверд. нѣбѣ съ прав. стор.—22 апр. 1908 г. опухоль занимала часть прав. альвеол. отростка на протяженіи трехъ зубовъ, на передней поверхности его опухоль изъязвленная, кровоточить. 10 мая подъ мѣстн. анестезіей сдѣлана резекція альвеол. отр. 24 мая выписалась въ хорошемъ состояніи. Въ концѣ декабря того же года рецидива не было.

Ракъ встрѣтился 3 раза (1 м. и 2 ж.) въ возрастѣ 38 л., 43 л. и 57 л. Наследственная передача не отмѣчается. Локализация—1 разъ верхней челюсти, 1 разъ—*plica naso-labialis* и 1 разъ уголъ нижней челюсти. Послѣдній случай не оперировался изъ-за обширнаго распространенія опухоли по лимф. жел. шей. 2 случая поступили съ рецидив. Одинъ изъ этихъ перенесъ уже 4 операціи, другой двѣ. Оба оперированные выписались въ хорошемъ состояніи.

Больная крестьянка 57 лѣтъ. Ракъ верхн. челюсти. Впервые замѣчена опухоль 6 л. тому назадъ на нижн. вѣлкѣ. Послѣ цѣлаго ряда рецидивовъ поступила въ клинику 27 окт. 1907 г. Опухоль занимаетъ всю прав. половину верхн. челюсти. Глазное яблоко съ этой стороны было удалено при прежнихъ операціяхъ. Железы не увеличены. 31 окт. подъ общ. наркозомъ сдѣлана резекція прав. верх. челюсти. Теченіе безлихорадочное. 27 ноября сдѣлано подъ мѣстн. анестезіей пластич. закрытіе дефекта, кожна. лоскут. взятъ изъ верхн. вѣлка. 17 дек. выписалась со свищомъ.

Монахиня 38 л.—*ulcus rodens*. Небольшая язва на прав. носо-губн. складкѣ замѣчена 5 л. тому назадъ. Поступила 7 іюля 1908 г. съ язвой величиною въ гривенникъ, дно ея плотное. Увеличенныхъ железъ нѣтъ. 8 іюля подъ мѣстн. анестезіей удалена. *Prima intentio*. 18 іюля выписана.

Случай съ нераспознаннымъ новообразованіемъ головы наблюдался у

крестьянина 35 л. 2 года тому назадъ появилась небольшая болѣзн. плотная опухоль на затылкѣ. Врачъ пытался ее удалить, но найдя узуру въ кости, отъ операціи отказался, по словамъ больного. Опухоль быстро увеличилась. Мозгов. явленій не было. 24 апр. 1906 г. поступилъ къ намъ. Вся затылочная область занята опухолью величиною съ голову взросл. чел. Опухоль мягкая, флюктуируетъ. По удаленіи проколомъ кровянистой жидкости въ больш. количествѣ, можно было опредѣлить, что часть, прилежащая къ кости, болѣе плотная, бугристая и тѣсно сращена съ костью. Опухоль довольно быстро наполнилась и стала такой же напряженной, какъ и прежде. Отъ операціи больной отказался.

Доброкачественныя новообразованія на лицѣ 2 раза.

Торговецъ 32 л.—*Rhinophyma*. Перв. узелки появились 10 л. тому назадъ. Поступилъ 10 марта 1908 г. съ разрастаніями на всей поверхности носа. 20 марта подъ мѣстн. анестезіей—операція Унна.

## Другой случай у

мальчика 19 л. \* Polypus nasi. Удаление полиповъ подь мѣстн. анестезіей.

Съ носовыми кровотечениями послѣ операций въ полости носа были 2 случая, оба выздоровѣли послѣ двойной тампонады.

Мальчику 19 лѣтъ въ мартѣ 1907 г. была сдѣлана частичная резекція правой полов. верхн. чел. по поводу саркомы. 10 окт. того же года былъ доставленъ къ намъ съ сильнымъ носов. кровотеченіемъ при слабомъ пульсѣ. Черезъ 5 дней выписался. Рецидива новообраз. нѣтъ.

Крестьянину 21 года за 2 недѣли до поступленія въ клинику была сдѣлана какая-то операція въ носу. 18 окт. съ сильнымъ носовымъ кровотеченіемъ былъ доставленъ къ намъ. Блѣдность, сонливость, очень слабый пульсъ, въ мочѣ бѣлку  $5\frac{1}{2}$  0/00, зернист. цилиндры, кров. тѣльца. Втеченіе 13 дней 4 раза дѣлалась двойная тампонада изъ-за повторныхъ кровотеченій. Послѣдніе 10 дней въ клиникѣ кровотеченій не было.

4 случая (2 м. и 2 ж.) были съ приобрѣтенными обезображиваніями. Изъ нихъ 2 женщины—съ обширными разрушеніями носа: 1—послѣ перенесенной волчанки, другая—послѣ наследственнаго lues'a (у матери—lues).

Крестьянка 22 л. Въ дѣтствѣ—золотуха. 10 л. т. назадъ послѣ ушиба—lupus vulgaris, послѣдн. явленія исчезли годъ тому назадъ. Хрящев. часть спинки носа, часть перегородки и всѣ мягкія ткани—отсутствуютъ. Сдѣлана пластическая операція въ три момента изъ 4 пальца лѣв. кисти. Черезъ нѣсколько дней послѣ послѣдней операціи часть пересаженнаго пальца омертвѣла и отдѣлилась. Выписалась. Въ декабрѣ показывалась: лоскутъ приросъ, профиль носа выраженъ слабо.

Крестьянка 31 года. Въ дѣтствѣ—lues. Продолжительное лѣченіе. 14-ти лѣтъ—сильное нагноеніе въ полости носа. 16-ти лѣтъ—сѣдловидное западеніе спинки носа. Въ 1907 г. неудачная попытка—параф. 2/IV подь общ. наркозомъ—пластич. операція. Для возстановленія спинки носа взята пластинка изъ crista tibiae. Пластинка омертвѣла.

2 больныхъ, 24-хъ и 32-хъ лѣтъ, поступили съ искривленіями носовыхъ перегородокъ. Оба—послѣ сильного удара въ раннемъ дѣтствѣ.

Обоимъ \* сдѣлана резекція носовой перегородки при мѣстной анестезіи кокаиномъ и адреналиномъ. Оба выздоровѣли.

Всего по поводу болѣзней головы и лица оперированы 26 больныхъ, которымъ произведены 36 операций.

Налож. швовъ на раны . . . . .	2.
Удал. пуль и костн. осколк. . . . .	3.
Трепан. сосцев. отр. . . . .	3.
Вскрытій Гаймор. пол. . . . .	2.
Разрѣзы мягк. ткан. . . . .	4.
Разрѣзы и выскабливанія. . . . .	2.
Мелкія носовыя операціи. . . . .	5.
Резекція верхней челюсти. . . . .	3.
Пласт. операціи на лицѣ. . . . .	3.
Изсѣченіе злокачественныхъ язвъ . . . . .	1.
Операція Унна (Rhinophyma) . . . . .	1.
Двойн. тампон. носа . . . . .	5.

Изъ нихъ 13—подъ общ. наркоз., 11 съ кокаиномъ и 5 съ кокаиномъ и адреналиномъ. 7-же мелкихъ операций безъ анестезіи.

Изъ оперированныхъ—умерла 1 женщина.

Не подвергалось операціи 6 больныхъ.

## II. Болѣзни шеи и позвоночника. 22 случая (11 м., 10 женщ., 1 реб.), ум. 1.

По заболѣваніямъ распредѣляются: травматическихъ — 2, воспалительныхъ — 11, новообразованій — 7.

Заболѣваній позвоночника — 2, изъ послѣднихъ — 1 травматическаго и 1 воспалительнаго характера.

Травматическіе случаи (1 м. и 1 ж.):

1 случай съ огнестрѣльнымъ раненіемъ револьверной пулей у крестьян. (дворникъ) 42 лѣтъ. Входное—у угла прав. лопатки, выходное—на два пальца выше прав. ключицы. Параличъ дельтов. двуглавой и трехглав. мышцы. Электризація. Небольшое улучшеніе.

Другой случай былъ съ рѣзаной (бритвой) раной съ разсѣченіемъ трахеи на уровнѣ перстневиднаго хряща.

Изъ 11 воспалительныхъ заболѣваній (5 м., 5 ж. и 1 р.) 5 случаевъ были остраго характера и 6 хроническаго. Изъ случаевъ остраго воспаленія (3 м. и 2 ж.) 2 раза возбудителемъ былъ золотистый стафилококкъ, 1 разъ стрептококкъ и 2 раза инфекция осталась невыясненной, такъ какъ инфильтратъ рассосался подъ компрес. и дѣло обошлось безъ разрѣза. Во всѣхъ случаяхъ были сдѣланы широкіе разрѣзы и наложены влажныя повязки. 4 случая окончились выздоровленіемъ и 1 смертью.

Крестьян. 24 л. Значительная анемія. При поступленіи кровотоčenja не было. Трахеотом. трубка, тампонада. Теченіе безъ осложненій. Черезъ 16 дней выписалась съ трубкой.

Изъ случаевъ съ хроническ. воспал. (2 м., 3 ж. и 1 р.) 3 раза былъ туберкулезъ лимфат. жел. и 1 разъ стрептококков. инфекция. Всѣ выписались съ значительнымъ улучшеніемъ.

Купецъ 72 лѣтъ—carbunculus pichae. Діабета нѣтъ. Начало болѣзни—конецъ октября 1907 г., 4 раза подъ общимъ наркозомъ дѣлались добавочные разрѣзы. 6 дек.—exitus. Staphylococcus aureus.

Больная 20 лѣтъ была доставлена въ клинику 26 янв. 1908 г. въ тяжеломъ состояніи, съ рѣзко выраженными симптомами сдавленія трахеи и пищевода. На шеѣ ничего ненормальнаго. Ларингоскопія: сдавленія трахеи сзади. Больна только 3 дня. Tbc. et lues—нѣтъ.

Тотчасъ же съ приѣма была доставлена въ операціонную и сдѣлана верхняя трахеотомія при мѣстной анестезіи. Гнойникъ вскрылся черезъ 2 дня черезъ ротъ. Черезъ 7 дней трахеот. трубочка удалена. Выписалась 7 февр.—здоровой.

Lymphaden. colli tuberculosa въ 3 случаяхъ, всѣ дѣвицы, старшая была 24 л. и младшая—15 л. Продолжительность страданія отъ 14 м. до 30 мѣс., съ дѣтства были малокровными, а одна — золотушной. Одна изъ нихъ — курсистка и двѣ портнихи. Всѣ работали до переутомленія. Въ одномъ случаѣ были поражены подчелюстные железы, а въ двухъ — железы вдоль больш. сосудовъ шеи. Въ двухъ случаяхъ локализациа туберкулеза была и въ другихъ органахъ — въ

легкихъ. Въ 1 случаѣ есть туберкулезн. наслѣдственность, въ двухъ другихъ — нѣтъ.

Всѣ три случая были оперированы: 2 — подъ общимъ наркозомъ и 1 съ мѣстн. анест.; во всѣхъ трехъ случаяхъ было сдѣлано вылученіе железъ, съ наложеніемъ швовъ на рану и небольшимъ выпускникомъ. Заживленіе безъ осложненій. Продолжительность послѣоперационнаго лѣченія отъ 7—15 дней. Всѣ выписались съ хорошими рубцами на мѣстѣ разрѣзовъ.

Туберкулезныя язвы гортани — въ 1 случаѣ:

Мѣщан. 22 лѣтъ. Въ янв. 1907 г. — *angina follicul.* Черезъ недѣлю опухоль и болѣзненность прав. пол. шеи. Съ тѣхъ поръ нѣсколько разъ вскрывался гнойникъ въ полости рта, и дѣлались разрѣзы на шеѣ.

Въ янв. 1908 г. поступилъ къ намъ со свищемъ у передн. края *m. st. cl. mast.*, постоянное гнойное отдѣляемое.

18 янв. — 1908 г. подъ общ. наркозомъ разрѣзъ вдоль пер. края мышцы черезъ свищевое отверстіе до глотки. Выскабл., тампонація. 9 февр. выписался съ небольшой гранулир. поверхностью.

Крестьянка 37 лѣтъ, 1½ года т. н. пропалъ голосъ. Послѣдн. 3 мѣс. затрудненное глотаніе и дыханіе. На задней стѣнкѣ трахеи и голосовыхъ связкахъ — туберкул. язвы.

Была сдѣлана подъ мѣстн. анестезіей нижн. трахеотомія. Выписана съ значительнымъ улучшеніемъ.

Лues гортани въ 1 случаѣ:

Больной 53 лѣтъ заболѣлъ сифилисомъ 30 л. тому назадъ. Нѣсколько разъ лѣченіе — йодомъ. Поступилъ въ клинику 5 окт. 1907 г. съ рѣзкимъ стенозомъ гортани. Ларингоскопія язвы на голосов. связкахъ.

Тотчасъ же подъ мѣстн. анест. — трахеотомія. Черезъ 18 дней выписанъ съ трубкой въ удовлетворительномъ состояніи.

Новообразованія: 7 случаевъ (3 м. и 4 ж.).

Изъ нихъ доброкачественныхъ зобовъ — 4 случая, всѣ женщины отъ 17 до 54 лѣтъ. Продолжительность времени, прошедшаго съ начала заболѣванія, — отъ 2 до 10 лѣтъ. Связь съ періодомъ *pubertatis* удалось установить только 1 разъ — у дѣвицы 17 лѣтъ, у которой первые признаки опухоли появились съ перв. *menstrua*. Остальные случаи были у рожавшихъ женщинъ, при чемъ у одной изъ нихъ ростъ зоба во время беременности усиливался.

Опросы относительно наслѣдственности во всѣхъ случаяхъ дали отрицательные результаты.

Въ одномъ случаѣ у многихъ членовъ семьи былъ туберкулезъ.

Двѣ больныя изъ одной и той же губерніи и уѣзда — Рязанской губ., Сапожковскаго уѣзда. Жалобы больныхъ 2 раза — затрудненное дыханіе, въ двухъ другихъ случаяхъ опухоль никакой функціи не мѣшала. Что касается локализациі опухоли, то 2 раза — во всѣхъ трехъ доляхъ щитов. жел., 1 разъ — въ обѣихъ боковыхъ и 1 разъ — въ лѣвой долѣ железы.

Что касается вида опухоли, то 1 разъ была киста железы, 1 разъ —



коллоидное перерождение и 2 раза — чистая паренхиматозная форма опухоли.

У двухъ больныхъ передъ операціей было продолжительное лѣчение іодомъ, но безъ результата.

Всѣмъ была сдѣлана операція подъ общимъ наркозомъ:

extirpatio subtotalis . . . . . 1 разъ  
extirpatio лѣв. доли . . . . . 1 разъ  
enucleatio . . . . . 2 раза

Во всѣхъ случаяхъ разрѣзъ кожи по Kocher'у. Послѣ операціи небольшая турунда на 2 дня.

Течение во всѣхъ случаяхъ безлихорадочно; prima intentio. Продолжительность пребыванія послѣ операціи отъ 10 до 20 дней. Осложненій не было.

1 случай зоба былъ у больного 47 лѣтъ, со всѣми признаками Базедовой болѣзни. Опухоль занимала обѣ боковыя доли щитовидной железы и не вызывала никакихъ мѣстныхъ функціональных разстройствъ. Больной не соглашался на операцію подъ мѣстной анестезіей, общій же наркозъ былъ невозможенъ изъ-за неправильности сердечной дѣятельности (пульсъ 120 въ минуту, перебои).

Злокачественное новообразование щитовидной железы было 1 разъ.

у крестьян. 53 л., lues—20 лѣтъ тому назадъ. Опухоль на шеѣ—4 года, послѣдніе 2 мѣсяца ростъ значительно усилился. Опухоль занимаетъ всю переднюю поверхность шеи отъ подбородка до jugulum sterni. Кожа на ней напряжена, синебагроваго цвѣта, поверхность бугристая. Затрудненіе дыханія и глотанія, голосъ измѣненъ. Была сдѣлана попытка удалить опухоль, однако, вслѣдствіе обширности распространенія пришлось отъ этого отказаться. Черезъ 1½ мѣсяца умеръ (повторныя кровотеченія).

Въ 1 случаѣ было новообразование околоушной железы.

Дорожный мастеръ 50 лѣтъ. Отецъ умеръ отъ злокачественной опухоли на лицѣ. Боленъ—15 лѣтъ. Послѣдніе 5 мѣсяцевъ ростъ опухоли сталъ гораздо быстрее. Опухоль въ лѣвой околоушной железнѣ, величиною съ куриное яйцо, неподвижная, плотная, съ кожей не спаянная. Подъ общимъ наркозомъ удалена опухоль околоушной железы. При операціи казалось, что въ ткань нормальной железы вкраплены участки ненормальной ткани, которая легко удалялась острой ложкой. Черезъ мѣсяцъ больной выпиcался съ гранулирующей раной. При микроскопическомъ изслѣдованіи опухоли трудно было дифференцировать молодую грануляціонную ткань отъ клѣтокъ злокачественнаго новообразованія (саркомы). Характеръ опухоли остался невыясненнымъ.

Послѣ ухода изъ клиники больной лѣчился рентгеновскими лучами. Черезъ 4—5 мѣсяцевъ былъ въ клиникѣ, опухоли не было.

Изъ двухъ случаевъ заболѣваній позвоночника 1 былъ травматическаго происхожденія и 1—воспалительнаго. Оба выпиcались безъ всякаго улучшенія: 1 ушелъ черезъ недѣлю, не желая лѣчиться, а друго — по неизлѣчимости своего страданія. (Spondylose-ryzomelique Strümpell-Marie). Этотъ послѣдній подробно описанъ въ ежегодникѣ въ статьѣ К. Ивенсена.

Ушибъ шейныхъ позвонковъ.

Крестьянинъ, 53 л., 6 дней до поступленія упалъ съ воза съ сѣномъ. Безсознательное состояніе. Затѣмъ головная боль и искривленіе шеи. 14 іюля 1908 г. поступилъ къ намъ: голова наклонена вправо, вывести изъ этого положенія невозможно. Остист. отр.

не смѣщены. Подъ наркозомъ голова свободно выпрямляется и подвижность въ шейныхъ позвонкахъ совершенно свободна. Отъ вытяженія и неподвижной повязки отказался. Ушелъ 20 іюля безъ улучшенія.

Такимъ образомъ было оперировано 16 больныхъ, которымъ было сдѣлано 19 операций:

Наложеніе швовъ. . . . .	1.
Разрѣзы мягкихъ тканей . . . . .	6.
Разрѣзы и выскабливанія. . . . .	1.
Вылущеніе лимфатическихъ железъ. . . . .	3.
Удаленіе новообразованій . . . . .	1.
Изсѣченіе зобовъ. . . . .	4.
Трахеотоміи . . . . .	3.

14 изъ этихъ операций были сдѣланы подъ общимъ наркозомъ и 5 при мѣстной анестезіи.

Изъ оперированныхъ — 1 случай кончился смертью. Теченіе послѣ-операционныхъ ранъ безъ осложнений. 6 случаевъ лѣчились безъ операций.

**III. Грудная клѣтка, включая грудную железу и пищеводъ:** 40 сл. (21 м., 19 ж.).

Оперированныхъ . . . . .	32.
Извлеченіе пуль . . . . .	3.
Разрѣзовъ . . . . .	3.
Удаленіе новообразованій . . . . .	13.
Гастростомія . . . . .	6.
Торакотомія съ резекціей реберъ..	2.
Пневмотомія съ резекціей реберъ..	3.
Торакоцентезъ . . . . .	2.
Умершихъ . . . . .	5.

**А. Поврежденія грудной клѣтки** — 7 сл. (6 м., 1 ж.).

#### *1. Переломы.*

Случай перелома реберъ лѣвой стороны.

Больной С. Н., 35 лѣтъ. Во время работы на него упала каменная глыба; въ результатѣ переломъ реберъ лѣвой стор. грудной клѣтки и лѣвой голени. Доставленъ въ клинику въ очень тяжеломъ состояніи: синюха лица, сильнѣйшія боли въ лѣвомъ боку, съ трудомъ произноситъ отдѣльныя слова. При каждомъ дыхательномъ движеніи вся лѣвая половина грудной клѣтки сильно западаетъ. На границѣ верхней и средней трети лѣвой голени осложненный переломъ; изъ линейной раны въ 12 сант. длиною торчитъ верхній отломокъ fibulae. Въ 4 ч. 45 м. слѣдующаго утра больной скончался.

**2 — Раны огнестрѣльныхъ револьверомъ** — 6 сл.

**а. Непроникающія грудную клѣтку** — 1 сл.

**б. Проникающія грудную клѣтку** — 5 сл.

Въ 3-хъ случаяхъ пули были удалены подъ кокаиномъ; въ 2-хъ, въ виду отсутствія показаній и глубокаго мѣстонахожденія ихъ, онѣ были оставлены. Въ 4-хъ случаяхъ было пораненіе внутреннихъ ор-

гановъ, при чемъ въ 3-хъ изъ нихъ образовался haematothorax и кровохарканіе; а въ 1-мъ былъ поврежденъ слегка, повидимому, позвоночникъ. Два случая haematothorax'a сопровождались повыше́ніемъ  $t^0$  и затрудненнымъ дыханіемъ, ввиду чего, послѣ пробнаго прокола, аппаратомъ Potain'a была выпущена кровянистая жидкость въ одномъ случаѣ въ количествѣ 1200 к. с., въ другомъ — 1500 к. с., — быстрое улучшеніе. Въ 3-хъ случаяхъ заживленіе подъ струпомъ; въ 3-хъ другихъ — больные выписались до окончанія лѣченія.

Б. Болѣзни стѣнокъ грудной клѣтки и грудной железы — 18 сл. (2 м., 16 ж.).

1) *Воспаленія* — 3 сл. острой грудницы черезъ 10 — 15 дней послѣ родовъ; разрывы; черезъ 3 — 4 недѣли выздоровленіе.

2. *Новообразованія* 15 сл.

а. Незлокачественныя 2 сл.

1 сл. жировика лѣвой надлопаточной области; удаленіе подъ мѣстнымъ обезболиваніемъ.

1 сл. гипертрофіи грудной железы.

б. Злокачественныя — 13 сл. (2 м., 11 ж.).

1 случай фибросаркомы грудины, величиной съ кулакъ, удаленной подъ общимъ наркозомъ.

2) *Ракъ грудной железы* — 10 сл. (1 м., 9 ж.).

Въ 7-ми случаяхъ ракъ былъ первичнымъ, въ 3-хъ повторнымъ; въ 8-ми случаяхъ мѣстонахожденіе опухоли было въ лѣв. гр. жел., въ 2-хъ въ правой; въ 4-хъ случаяхъ ракъ былъ наслѣдственнымъ; въ 1-мъ указывается на предшествовавшій ушибъ; въ 2-хъ случаяхъ до развитія опухоли была острая грудница; 8 изъ женщинъ были замужнія, 6 изъ нихъ имѣли по нѣскольку дѣтей; 4 кормили сами; время развитія опухоли отъ 2-хъ мѣс. до 2-хъ лѣтъ; величина — отъ лѣснаго орѣха до головки новорожденного; консистенція плотная; въ 4-хъ случаяхъ опухоль была плотно спаяна съ покрывающей ее кожей; въ 1-мъ случаѣ сосокъ былъ втянутъ; въ большинствѣ случаевъ новообразованіе было въ одно ядро, въ 3-хъ имѣлось по 2 ядра и въ 1-мъ оно было множественное. Почти во всѣхъ случаяхъ лимфатическія железы были увеличены: въ 3-хъ подмышечныя, въ 4-хъ у наружнаго края большой грудной мышцы и въ 1-мъ подключичныя.

По гистологическому строенію: въ 6 случаяхъ былъ альвеолярный ракъ, въ 1-мъ тубулярный и въ 3-хъ скирръ. Терапія во всѣхъ случаяхъ была оперативная; при первичномъ ракѣ операція производилась въ общемъ такъ же, какъ указано въ предыдущемъ обзорѣ; въ одномъ случаѣ пришлось удалить большую часть *m. pect. major.* и часть *m. pect. minor.* Рецидивы были на мѣстѣ рубцовъ послѣ бывшей ранѣ *amputatio mammae*; одинъ черезъ 6 мѣсяцевъ, второй —

черезъ 5 мѣсяцевъ, и третій — черезъ 3 мѣсяца. При операциі въ 2-хъ случаяхъ помимо опухоли были удалены такъ же увеличенныя лимфатическія железы около подключичной вены. Во всѣхъ случаяхъ примѣнялся общій (эфиръ-хлороформъ) наркозъ. Швы на рану почти во всѣхъ случаяхъ изъ кѣтгута. Въ одномъ случаѣ была вставлена дренажная трубка, въ 7-ми—марлевые выводники, которые удалялись черезъ 2—4 дня; во всѣхъ случаяхъ, за исключеніемъ 3-хъ осложнившихся небольшой гематомой, заживленіе *per primam*.

### 3). Случай Cystoadenosarcoma лѣвой грудной железы.

Оперированъ въ нашей клиникѣ 6 мѣс. тому назадъ. См. стр. 193 „Ежегодника“, вып. I.

За это время грудная железа увеличилась до прежнихъ размѣровъ, чему, вѣроятно, способствовала только что окончившаяся беременность. При ощупываніи въ железнѣ ощущается рядъ отдѣльныхъ узловъ, плотныхъ и безболѣзненныхъ; между ними мѣстами ясная флюктуация. Кожа не спаяна съ опухолью, синеватаго цвѣта.

Вся грудная железа была удалена вмѣстѣ съ опухолью, также подмышечныя железы съ клѣтчаткой.

Дренажъ въ рану на 4 дня; заживленіе *per primam*.

## В. Болѣзни плевры и органовъ грудной полости — 6 сл. (5 м., 1 ж.).

1. *Воспаленія* — 6 сл.

а. *Острыя* — 5 сл.

Два случая правосторонней эмпіемы безъ осложнений со стороны легкихъ. Послѣ пробной пункции въ обоихъ случаяхъ подъ кокаиномъ была сдѣлана резекція ребра между подмышечной и лопаточной линіями, въ одномъ случаѣ 8-го, въ другомъ 9-го; въ рану вставлялись дренажныя трубки, которыя были вынуты окончательно черезъ 2 и черезъ 4 недѣли; выздоровленіе. Въ гноѣ, взятомъ во время операци, найдены были въ одномъ случаѣ стафилококки, въ другомъ стрептококки.

1 случай нарыва праваго легкаго послѣ крупозной пневмоніи.

Больная В., 41 г., простудилась; появились: жаръ, знобъ, кашель съ кровавистой мокротой, боль въ правомъ боку и одышка. Была принята въ терапевтическую клинику. Найдено: перкуторно—притупленіе спереди отъ верхушки до 3-го ребра и сзади до нижняго угла лопатки, здѣсь же много влажныхъ хриповъ; въ мокротѣ пневмобациллы Friedländer'a;  $t^0$  до  $40^0$ . Пробный проколъ между 2-мъ и 3-мъ ребромъ спереди далъ гной. Подъ кокаиномъ — резекція 3-го праваго ребра между 1. axillar. anter. et parasternalis; плебра сращена; разрѣзъ прилежащей ткани легкаго далъ обильный гной съ запахомъ; тампонированіе полости марлей. Черезъ 6 недѣль выздоровленіе осложнилось пневмоніей въ нижней долѣ лѣваго легкаго. Черезъ 2 мѣсяца выписалась въ хорошемъ состояніи, съ нормальной  $t^0$  и почти закрывшейся раной.

1 случай гангрены лѣваго легкаго (†).

Т., 45 л., послѣдніе 3—4 года страдалъ хроническимъ бронхитомъ, который съ зимы прошлаго года значительно ухудшился: мокрота увеличилась, усилился кашель, появились признаки эмфиземы. Съ апрѣля мѣсяца мокрота стала грязноватаго цвѣта, съ тяжелымъ запахомъ. 3-го сентября больной былъ принятъ въ клинику по внутреннимъ болѣзнямъ, а 25-го переведенъ въ хирургическую клинику съ діагнозомъ нарыва легкаго.

Stat. pr. При перкуссии лѣвой половины грудной клѣтки наход. спереди—притупленіе звука, начиная съ ключицы; по 1. axillar.—коробочный звукъ; сзади—притупленіе сверху до середины лопатки, книзу отъ этой границы—коробочный звукъ. При аускультации: спереди ниже ключицы—крепитирующие хрипы, сзади сверху до середины лопатки рѣдкіе влажные хрипы, ниже—бронхіальное дыханіе, похожее на амфорическое, такое же по 1. axillaris. Мокрота при кашлѣ—обильными порціями, грязно-сѣраго цвѣта, съ тяжелымъ запахомъ; сильная одышка, ціанозъ,  $t^0$  38,0 и больше. 26 сентября подъ кокаиномъ резекція лѣваго 9-го ребра по задней подмышечной линіи,—плевра сращена.

Пробный проколъ въ ткань легкаго далъ небольшое количество гноя; легкое было вскрыто, вышло немного сѣровато-гнойной жидкости; по зонду введена турунда. На слѣдующій день сильная одышка, слабый пульсъ—134; къ вечеру хуже: мучительная одышка, общій ціанозъ и слабость сердца; въ 12 час. ночи больной скончался.

При вскрытіи: сифилитическія язвы на слизистой трахеи и лѣваго бронха, тотчасъ ниже бифуркаціи (трахеитъ, бронхитъ и перибронхитъ); на 3—4 сант. ниже бифуркаціи—рубцовое суженіе лѣваго бронха на мѣстѣ бывшей сифилит. язвы; гнилостная разлитая пневмонія лѣваго легкаго; двухсторонній сухой плевритъ; начинающаяся гангрена нижней доли праваго легкаго; перигепатитъ, септическая селезенка, бородавч. эндокардитъ двухстворч. заслонки.

### 1 случай гангрены лѣваго легкаго (†).

М., 42 л., заболѣлъ крупознымъ воспаленіемъ лѣваго легкаго. Теченіе болѣзни хорошее, больной поправился и началъ выходить.

Вскорѣ появился знобъ, высокая  $t^0$ , одышка и боль въ лѣвомъ боку, кашель и слизисто-гнойная мокрота.

Перкуторно: сзади слѣва, сверху до низу—притупленіе; при выслушиваніи: хрипы, ослабленное дыханіе.

Подъ кокаиномъ—резекція 8-го ребра по задней подмышечной линіи.

Плевра сращена; пункція въ прилежащую ткань легкаго дала гной; разрѣзъ въ легкомъ, выдѣлилось небольшое количество густого зеленоватаго гноя; при отклоненіи больного назадъ изъ угла раны—изъ полости плевры—вылилась серозно-гнойная жидкость въ количествѣ 4—5 стакановъ.

Тампонированіе полости марлей.

Послѣвъ, полученнаго пробной пункціей, гноя на бульонъ далъ черезъ 18 часовъ разводку диплококковъ Fraenkel'я.

$T^0$  сначала понизилась до 37,1, затѣмъ снова повысилась до 38,0, давая колебанія между утренней и вечерней отъ 1 до 1 $\frac{1}{2}^0$ . Ежедневныя перевязки—обильное выдѣленіе серозно-гнойной жидкости изъ полости плевры.

Общее состояніе ухудшалось; пульсъ постепенно слабѣлъ, вмѣстѣ съ этимъ и силы больного. Черезъ 2 недѣли послѣ операціи, при явленіяхъ упадка сердечной дѣятельности, больной скончался.

При вскрытіи: Empyema sinistra; gangraena pulmonis sinistri post pleuropneumoniā. Гангренозный очагъ наиболѣе крупный находился въ средней части спаянныхъ въ одно обѣихъ долей лѣваго легкаго.

Одинъ изъ очаговъ въ нижней долѣ былъ вскрытъ во время операціи.

Empyema dextr.; atrophia fusca cordis; hyperplasia pulpaе lienis; degeneratio parenchymatosa hepatis et renum.

### б. Хроническія.

Больной Ч., 18 лѣтъ, былъ раненъ ножомъ въ лѣвую сторону грудной клѣтки, гдѣ у него, очевидно, была эмпіема, такъ какъ изъ раны текла кровянисто-гнойная жидкость. Черезъ 5 мѣсяцевъ была сдѣлана резекція 2-хъ реберъ, вслѣдствіе незаживающаго свища на мѣстѣ раненія. Послѣ 9-мѣсячнаго лѣченія—свищъ все-таки не зажилъ.

Былъ принятъ по этому поводу въ хирургическую клинику, гдѣ ему былъ изсѣченъ свищевой ходъ, рана дренирована. Больной выздоровѣлъ.

Г. Болѣзни пищевода. 9 чел. (8 мужч. и 1 женщ.).

Изъ общаго числа 2 случая приходятся на внѣдреніе инородныхъ тѣлъ въ пищеводъ и 7 на суженія.

I. Больной В. М. проглотилъ металлическую кнопку. При эфагоскопированіи увидѣть инородное тѣло не удалось; зондированіе тоже дало отрицательный результатъ. Рентгенограмма показала присутствіе кнопки въ пищеводѣ на уровнѣ щитовиднаго хряща. Рѣшена была на слѣдующій день операція. Вечеромъ больной почувствовалъ, что боль въ пищеводѣ стихла, кнопка сдвинулась и проскользнула въ желудокъ. Выздоровленіе.

II — внѣдреніе въ пищеводъ пластинки искусственныхъ зубовъ (2 рѣзца) окончился также безъ операціи, т. какъ больной исторгъ пластинку обратно во время рвотныхъ движеній.

Изъ 7 случаевъ суженія пищевода всѣ были нерубцовыя—карциномы у входа въ желудокъ; въ 6-ти изъ нихъ была произведена гастротомія, при чемъ 3 больныхъ выбыли изъ клиники въ хорошемъ состояніи, 1 выбылъ съ явленіями начинающагося, повидимому, прободенія трахеи—появился частый кашель съ обильной слизистой мокротой и съ примѣсью въ ней крови. 2 больныхъ скончались послѣ операціи;

Вскрытіе 1-го показало: *cicatrix mucosae ventriculi cum perigastridite chronica circumscripta. Ulcus ventriculi rotundum chron. Ulcus cancrum oesophagi. Perforatio tracheae supra bifurcationem. Pneumonia bilateralis.* Вскрытіе другого больного, умершаго на 17-ый день послѣ операціи при явленіяхъ быстро нарастающей кахексіи, не было произведено. Въ 7-мъ случаѣ операціи не было; смерть наступила черезъ 3 дня по принятіи въ клинику при явленіяхъ общей слабости. Вскрытіе: раковая язва пищевода отъ мѣста бифуркаціи до желудка. Метастатическіе узлы въ верхней части пищевода, грибовидный ракъ малой кривизны желудка, прободеніе язвы пищевода въ заднемъ средостѣніи и въ правую плевру; соотвѣтственно этому мѣсту метастатическіе узлы въ нижней долѣ праваго легкаго; въ верхушкѣ его туберкулезныя каверны; небольшія—въ лѣвомъ легкомъ; въ верхней долѣ небольшой фокусъ аспираціонной пневмоніи. Гнойный перикардитъ (отъ медиастинита), эндокардитъ.

#### IV. Болѣзни органовъ живота и таза.

I. Болѣзни брюшныхъ стѣнокъ. 10 (3 мужч. и 7 женщ.).

1. Поврежденія — 3 сл. (2 м. и 1 ж.).

1 случай—колотыя раны живота и у него же рѣзаная рана шеи и 2 огнестрѣльные, нанесенныя револьверной пулей, обѣ проникающія. 2 случая окончились выздоровленіемъ и 1 смертью.

1. Больной И. Б., 30 лѣтъ, въ пьяномъ видѣ нанесъ себѣ ножомъ 3 раны въ животъ и 1 на передней поверхности шеи, на уровнѣ щитовиднаго хряща. Рана проникала черезъ кожу, фасцію и мышцы. Трахея не была ранена. Раны живота расположены такъ: одна какъ разъ посрединѣ подъ *scrobiculum cordis* и 2 симметрично по *lin. mamill.*, подъ реберной дугой. Изъ средней раны выпалъ сальникъ. Подъ общимъ наркозомъ выпавшая часть *ligamenti gastrocolici* по расширеніи срединной раны и раны справа была перевязана кѣтгутомъ и вправлена обратно въ брюшную полость. Въ виду кровотеченія раны были увеличены и соединены въ одну съ перерѣзкой *musc. recti*. Брюшина вскрыта на протяженіи 12 сант. Въ глубинѣ на передней поверхности желудка около малой кривизны близъ привратника оказалась проникающая рана желудка, изъ которой выдѣлялось желудочное содержимое съ примѣсью крови. Желудокъ зашить. Въ полость живота введены 4 салфетки. Раны зашиты шелкомъ; на кожу кѣтгутъ. Выздоровленіе.

2. Больная Н. З., 23 лѣтъ, нанесла себѣ раненіе въ лѣвый бокъ изъ револьвера. Входное отверстіе на уровнѣ 9-го лѣв. ребра по *lin. mamill.* Явленія раздраженія брюшины въ теченіе первыхъ 2—3-хъ дней стихли и раненая выписалась здоровою на 8-ой день.

3. Больной Е. Е., 26 лѣтъ. Входное отверстіе на 4 пальца ниже пупка и на 3 пальца вправо отъ средней линіи, выходное въ области правой ягодицы, кровотеченіе незначительное, въ мочѣ крови нѣтъ, черезъ часть сильное кровотеченіе изъ выходного отверстія. Операция. Разрѣзъ 15 сант. черезъ выходное отверстіе, венозное кровотеченіе изъ полости таза черезъ отверстіе въ подвздошной кости, тампонада. Разрѣзъ въ 15 сант. черезъ входное отверстіе; по вскрытіи брюшины оказалось большое количество венозной свернувшейся крови, громадное кровоизліяніе въ забрюшинную клѣтчатку, при разведеніи которой оказалось раненіе *venaе iliacae exteгаae*; послѣдняя была захвачена 3 кровеостанавливающими пинцетами, которые были оставлены въ ранѣ; тампонада, повязка, конечность приподнята. Больной скончался при явленіяхъ острого малокровія.

## 2. Воспаленія — 4 случая. (1 м. и 3 ж.).

Гнойникъ передней стѣнки правой подвздошной области у больного М. 57 лѣтъ. Разрѣзъ и дренированіе; выздоровленіе.

Больная В., 31 года. 14 мѣсяц. т. назадъ была оперирована по поводу *Cystis ovar. dermoid. sinistr.*, которая, вслѣдствіе сильныхъ сращеній, удалена была только частично. Въ результатѣ—незаживающій свищъ съ зловоннымъ отдѣляемымъ. Подъ общимъ наркозомъ были удалены остатки кисты; выписалась черезъ 2 мѣсяца съ незажившимъ свищемъ. Черезъ 2½ мѣс. была снова принята въ клинику. 2 раза съ промежутками въ 3 недѣли свищъ былъ изсѣкаемъ, при чемъ въ послѣдній разъ была удалена при этомъ обнаружившаяся киста, повидимому прав. яичника.

Больная Б., 48 л., поступила въ клинику съ незажившимъ свищемъ послѣ чревосѣченія, произведеннаго 25 дней т. назадъ (въ другомъ учрежденіи) для удаленія фибромы матки. Черезъ мѣсяць заживленіе.

П., 49 лѣтъ, была оперирована въ нашей клиникѣ по поводу ущемленной пупочной грыжи. Черезъ три недѣли на мѣстѣ рубца образовался каловый незаживающій свищъ. Время отъ времени являлись симптомы непроходимости кишечника. Черезъ 8 мѣсяцевъ была произведена резекція тонкой кишки, приросшей къ брюшной стѣнкѣ и представлявшей суженіе.

Рана была защита наглухо, — *prima intentio*. См. статью П. П. Дьяконова. „Медиц. Обзор.“ 1908 г.

## 2. Новообразованія — 3 сл. (женщ.).

а) Доброкачественныя — 1 случай. *Cystis inguinal. sinistra (Canalis Nuckii?)*

Т., 34 л., 2½ года назадъ замѣтила небольшую опухоль въ лѣв. паху, постепенно увеличивающуюся. При поступленіи: опухоль величиной съ гусиное яйцо, подвижная, флюктуирующая, просвѣчивающая. Удаленіе подъ мѣстной анестезіей; выздоровленіе. Тонкая стѣнка кисты изнутри выстлана эндотеліемъ.

## Злокачественная — 2 сл. Аденокарцинома пупка.

Больная Л., 49 л., около года назадъ стала ощущать болѣзненность въ пупкѣ, а мѣсяца 3 назадъ замѣтила опухоль, которая при поступленіи больной въ клинику была уже съ грецкій орѣхъ, плотной консистенціи, болѣзненная; кожа на ней гиперемирована, напряжена и спаяна съ ней. Удаленіе опухоли подъ общимъ наркозомъ; *prima intentio*.

Веретенообразно-клѣточная саркома таза, повидимому исходившая изъ надкостницы лонной кости.

Больная Ш., 26 л., 3 года т. назадъ замѣтила въ лѣвомъ паху опухоль съ горошину. При наступленіи въ клинику тотчасъ ниже пупартовой связки кнутри отъ сосудовъ—

опухоль величиной съ большос куриное яйцо, плотная, безболѣзненная, неподвижная  
Удаленіе; выздоровленіе.

*Б. Заболѣванія брюшины.*

Воспаленія—4 сл. (3 муж. и 1 женщ.).

а) Острыя—2 случая.

Общій стрептококковый перитонитъ.

К. 42 л. 10-ти лѣтъ получилъ ударъ копытомъ лошади въ правую подвздошную область, послѣ чего около 5 мѣсяцевъ былъ тяжело боленъ. Мѣсяцевъ 8—9 назадъ у него стали являться боли подъ ложечкой, сопровождаемая легкой рвотой, иногда спазмами пищевода, въ продолженіе 1—2-хъ дней, такъ что больной не могъ глотать. Мѣсяца 2 назадъ — была въ продолженіе 2-хъ сутокъ непроходимость кишекъ съ болью, рвотой и вздутіемъ живота. Недѣлю назадъ непроходимость появилась снова съ тѣми же явленіями. Ни слабительныя, ни клизмы не помогли. Подъ общимъ наркозомъ — чревосѣченіе; въ полости брюшины серозно-гнойная жидкость; тонкія кишки раздуты, сине-багроваго цвѣта, серозная на нихъ шероховата съ отложеніями въ видѣ желтовато-зеленыхъ пленокъ; ближе къ слѣпой кишкѣ имѣется сращеніе между петлями кишекъ въ видѣ клубка. Было сдѣлано соустіе между петлями выше и ниже сращенія. Въ экссудатѣ брюшной полости — *Streptococcus longus*. На другой день послѣ операціи боли въ животѣ усилились, пульсъ сталъ плохого наполненія—136, общая слабость. На 3-й день смерть при язвленіяхъ перитонита. На вскрытіи: серозно-гнойный перитонитъ. Къ спаянному клубку тонкой кишки припаянъ верхушкой appendix, очень утолщенный и воспаленный. Ракъ желудка на малой кривизнѣ; септическія селезенка и почки.

Поддіафрагмальный нарывъ неизвѣстнаго происхожденія (жен.).

Р. 56 л. Боль въ лѣвомъ подреберьѣ, гдѣ прощупывается опухоль въ 2 кулака; температура выше 40°, лейкоцитозъ 20.000. Вскрытіе гнойника; выздоровленіе.

б) Хроническія—2 сл.

Слипчивый хроническій перитонитъ (муж.).

О. 41 г. заболѣлъ сразу: вздутіе живота, боль, рвота сначала пищей, затѣмъ каловая, задержка стула въ продолженіе 8 сутокъ, тимпанитъ. Чревосѣченіе подъ общимъ наркозомъ. Тошная кишка почти на всемъ протяженіи раздута, синебагроваго цвѣта и волнистаго вида вслѣдствіе соединительно-тканыхъ перетяжекъ на серозномъ покровѣ. Сдѣлано соустіе между петлями выше и ниже пораженнаго участка. Заживленіе *per primam*. Черезъ 2 недѣли позволено вставать. На 17-й день послѣ операціи явилась рѣзкая боль въ животѣ и частое послабленіе. Температура 39°. Черезъ 4 дня больной скончался при явленіяхъ упадка сердечной дѣятельности. На вскрытіи: *enterocolitis acuta cum exulceratione; peritonitis chronica adhaesiva serosae intestini isolati; pericholecystogastritis chron. adhaesiva*.

Бугорчатка брюшины. См. выше статью П. П. Дьяконова.

*В. Новообразованія желудка—6 случ. (5 муж. и 1 женщ.).*

Въ возрастѣ 35 лѣтъ—1, 4—въ возрастѣ 42—50 лѣтъ и 1—60 л. Всѣ оперированы. Въ 1—смерть.

1. И. Б. 35 л. Поступилъ съ жалобой на рвоту, боль въ подложечной области, похуданіе, общую слабость. Желудокъ расширенъ, большая кривизна пальца на 2—3 ниже пупка, влѣво и нѣсколько выше пупка опухоль съ яйцо, плотная, подвижная, болѣзненная.

Операція. Въ пилорической части большой раковый узелъ. Масса плотныхъ, увеличенныхъ железъ въ воротахъ печени и въ брыжжейкѣ. *Gastroenterostomia retrocolica posterior*. Послѣоперационное теченіе гладкое, выбылъ безъ улучшенія, т. к. за время пребыванія больного въ клиникѣ опухоли замѣтно увеличились.



2. И. Р. 49 лѣтъ. При ощупываніи въ подложечной области тотчасъ подъ реберной дугою находится разлитая, плотная, болѣзненная опухоль, дающая тупой звукъ. Опухоль гладка, и бугровъ не опредѣляется. Животъ втянутъ. Желудокъ расширенъ, слышится плескъ. Общая слабость, рвота съ примѣсью крови. Соляной кислоты нѣтъ, есть молочная.

Операция. *Gastroenterostomia retrocolica posterior*. Опухоль оказалась плотная, бугристая въ привратникѣ, много железъ въ воротахъ печени и въ забрюшинномъ пространствѣ. Выбылъ поправившись черезъ 1 мѣс. и 10 дней.

3. К. М. 48 л. † Боленъ съ декабря 1906 года. Боль въ подложечной области, рвота раза 2 въ недѣлю, часовъ черезъ 8 послѣ ѣды. Рвота съ кровью. Сильное похуданіе. При ощупываніи опухоль подвижна и слѣдуетъ за движеніями печени при дыханіи; подъ опухолью тупой звукъ. Поверхность печени неровна, бугристая, болѣзненна. При раздуваніи кишекъ тупой звукъ опухоли почти исчезаетъ, замѣняясь тимпанитомъ.

Операция. Разрѣзъ въ правомъ подреберьѣ параллельно краю реберъ. Опухоль величиной съ голову взрослого человѣка исходитъ отъ привратника, захватываетъ поперечно ободочную кишку. Небольшой асцитъ. Операция прервана. Заниваніе брюшной стѣнки. Черезъ 10 дней послѣ операціи больной скончался.

Вскрытіе показало: ракъ привратника; расширение желудка. Хроническое воспаленіе желудка и печени. Нижняя поверхность печени, область желчнаго пузыря; стѣнка съ новообразованіемъ желудка, подлежащая поджелудочная железа, перегибъ восходящей въ поперечную — все это вмѣстѣ съ инфильтрованными железами спаяно въ одно цѣлое, и отдѣленіе ихъ въ высшей степени затруднительно. Въ упомянутой области толстыхъ кишекъ на серозномъ покровѣ раковая инфильтрація, обхватывающая кишку почти циркулярно и давшая, повидимому, относительный стенозъ ея.

4. А. Ѳ. 60 лѣтъ, боленъ года 2. Лѣтъ 5 тому назадъ получилъ сильный ушибъ живота, преимущественно въ область лѣваго подреберья, гдѣ съ тѣхъ поръ были постоянныя боли, а въ послѣдніе 2 года, кромѣ боли, рвота и затрудненія при проглатываніи пищи. Сильная слабость, въ подложечной области прощупывается твердая, бугристая опухоль. Границы опухоли точно прощупать не удастся. Реакція желудочнаго сока: слабокислая, соляной кислоты нѣтъ, нерѣзкая реакція на молочную.

Операция. Разрѣзъ отъ *scrobic. cordis* по *lin. alba* длиной 10 сант. Небольшое рубцовое кольцевое уплотненіе привратника. *Carcinoma* при входѣ въ желудокъ, величиной съ куриное яйцо. По большей кривизнѣ всюду железы. Въ виду этого отъ операціи на желудкѣ пришлось отказаться. Черезъ 3 недѣли выбылъ изъ клиники.

5. А. Ж. 43 лѣтъ, больна 2 года. Отмѣчаетъ боль подъ ложечкой, рвота безъ крови, похуданіе, опухоль. Животъ сильно втянутъ, желудокъ на 3 пальца выше пупка, въ животѣ прощупывается опухоль съ кулакъ, подвижная, мало болѣзненная. Соляной кислоты въ желудочномъ сокѣ нѣтъ, есть молочная.

Операция. Произведена *gastroenterostomia retrocolica posterior*. Черезъ 3 недѣли больная выбыла съ улучшеніемъ.

6. А. К. 42 года, боленъ съ февраля 1908 года; боль тупая, постоянная въ подложечной области, запоръ; тошноты, рвоты нѣтъ. Сильное похуданіе.

Въ маѣ замѣтилъ опухоль величиной съ грецкій орѣхъ, которая стала быстро увеличиваться. Послѣднія 3—4 недѣли—рвота, иногда съ примѣсью крови. *St. praes.* Сильное похуданіе, слабость. Эмфизема, туберкулезъ въ правомъ легкомъ (каверны). Животъ вздутъ, желудокъ растянутъ. Нижняя граница желудка не доходитъ до пупка на 1 палецъ. Въ животѣ прощупывается опухоль, подвижная, плотная, съ куриное яйцо, повидимому принадлежащая желудку. Реакція желудочнаго сока кислая, соляной кислоты нѣтъ, слѣды молочной. Застоя пищи въ желудкѣ нѣтъ. Операция: разрѣзъ по *lin alba* 12 сант. Опухоль относится къ желудку и занимаетъ обѣ стѣнки его, область привратника переходитъ на 12-типерстную кишку. *Duodenum* малоподвижна, благодаря инфильтрату въ воротахъ печени. Дно желудка свободно отъ опухоли, но малая кривизна занята вплоть до діафрагмы, гдѣ прощупываются увеличенныя железы. Операция не окончена. Швы. Въ теченіи послѣоперационнаго періода слѣдуетъ отмѣтить обостреніе на нѣсколько дней туберкулез-

наго пораженія легкихъ, сопровождавшагося явленіями отека. При операціи наркозъ эфиромъ. Выбылъ изъ клиники безъ улучшенія.

*Г. Новообразованія кишечника—2 сл.*

1) Повторный ракъ толстой кишки, при чревосѣченіи оказавшійся неудаимымъ.

2) Лимфосаркоматозъ кишекъ и частию желудка съ метастазомъ во многіе органы. Пробное чревосѣченіе. Окончился смертію отъ саркоматоза.

*Anus praeternaturalis.*— 1 случай произошелъ у больного, повидимому послѣ вскрытія фельдшеромъ ущемленной грыжи.

*Операція:* Каловое отверстіе, образовавшееся въ области лѣваго бедреннаго канала, было окружено двумя полудунными разрѣзами и на него наложены предохранительные швы. По вскрытіи полости брюшины и обнаруженіи кишки оказалось, что отъ тонкой кишки какъ бы спускается отростокъ. Отростокъ удаленъ. На кишку наложены швы въ 3 этажа. Рана была затампонирована. Больной выздоровѣлъ.

*Д. Болѣзни прямой кишки—23 сл.*

*Tumores haemorrhoidales* въ отчетномъ году оперировали въ 16 случаяхъ и 2 выписались безъ операціи. Изъ общаго числа оперированныхъ въ 7 случаяхъ операція производилась подъ общимъ наркозомъ (морфій+эфиръ съ хлороформомъ или одинъ эфиръ) и въ 9 подъ мѣстнымъ обезболиваніемъ (морфій+Schleich и  $\frac{1}{2}\%$  cocaineum muriat.). Всѣ операціи производились, какъ описано въ предыдущемъ Ежегодникѣ (стр. 198).

Во всѣхъ случаяхъ выздоровленіе безъ осложнений. Больные уходили на 10—14 день.

*Ulcus recti tbc.*— 1 случай у больного 36 лѣтъ.

При изслѣдованіи ректоскопомъ на 2—3 сант. выше сфинктера на задней стѣнкѣ кишки язва съ неровными краями, съ сѣрыми грануляціями. Пальцемъ прощупывается инфильтратъ. Подъ общимъ наркозомъ вскрытъ свищевой ходъ съ правой стороны anus'a, сдѣлано выскабливаніе хода и язвы. Выбылъ, поправившись, съ почти зарубцевавшимися ранами. Микроскопическое изслѣдованіе дало картину типичнаго туберкулеза. Черезъ мѣсяцъ или 2 послѣ выписки полное рубцованіе. Функціональныхъ разстройствъ нѣтъ. Больной значительно поправился.

*Cancer recti* наблюдался 2 раза.

1. С. Д., 44 лѣтъ, поступилъ съ жалобой на кровотеченіе и боль въ заднемъ проходѣ, на сильное выдѣленіе слизи, на частые позывы на низъ, большею частью ложные. Отецъ больного умеръ отъ желудочнаго кровотеченія съ сильными болями. У больного 20 лѣтъ т. н. lues—продѣлалъ специфическое лѣченіе. *St. praes.* Въсь 3 п. 28 ф., диспептическихъ явленій нѣтъ, питаніе понижено. При изслѣдованіи пальцемъ per. rectum — кольцевое суженіе на разстояніи 6 сант. Prostata нормальна; за мѣстомъ суженія прощупывается плотная опухоль, занимающая переднюю и боковыя стѣнки кишки. Опухоль подвижна и изъ нея выдѣляется гнойная, слизисто-кровянистая жидкость съ сильнымъ гнилостнымъ запахомъ. Железы не прощупываются.

14 янв. произведенъ подъ мѣстной анестезіей 1-й актъ операціи: въ лѣвой подвздошной области anus praeternaturalis: выведена верхняя часть flexur. sigm., которая и была закрѣплена подведенной подъ нее салфеткой и вскрыта затѣмъ поперечнымъ разрѣзомъ черезъ 8 дней. Ежедневныя промыванія нижняго отрѣзка.

27 янв. подъ общимъ наркозомъ произведена резекція прямой кишки по Kraske: копчикъ и лѣвая половина послѣдняго крестцовога позвонка удалены. Удалена вмѣстѣ съ клѣтчаткой часть recti = 7 сант. Оба отрѣзка recti сшиты шелковыми швами безъ натяженія. Опухоль тѣсно примыкала къ простатѣ. Операция продолжалась 2 ч. 30 м. Течение въ послѣоперационномъ періодѣ гладкое. Турунда удалена черезъ 7 дней. До операции 26 янв. вѣсъ больного 3 п. 20 ф., 21 февр. вѣсъ 3 п. 20 ф., а 8 мар.—3 п. 27 ф. 6 апр. выписался со свищемъ въ области крестца, который вскорѣ закрылся, и съ незакрытымъ anus praeternaturalis — послѣдній предполагалось закрыть впослѣдствіи при отсутствіи возврата. Микроскопическое изслѣдованіе: Adeno-carcinoma. Возвратъ черезъ полгода.

2. Т. К., 66 л. Годъ т. н. замѣтилъ въ испражненіяхъ кровь. 3 мѣсяца назадъ выпала шишка съ орѣхъ величиной, очень плотной консистенціи. За послѣднее время похудѣлъ и ослабѣ. При изслѣдованіи per rectum оказалось: слизистая разрыхлена, сфинктеръ надорванъ. При натуживаніи изъ задняго прохода выпадаетъ опухоль съ кулакъ взрослога человѣка, плотная, кровоточивая. Подъ мѣстнымъ обезболиваніемъ опухоль оттянута и слизистая подъ основаніемъ перевязана кѣтутомъ, и опухоль отсѣчена. Швы на слизистую. Выбылъ здоровымъ. Изслѣдованіе опухоли показало: Adeno-carcinoma.

*Fissura ani* наблюдался 1 разъ.

Больная 36 лѣтъ отъ роду. Подъ мѣстной анестезіей былъ разсѣченъ сфинктеръ и трещина вырѣзана. Швы. Тампонада. Выздоровленіе.

*Pruritus ani* — 1 случай.

Больной 51 года. Дѣлалось двукратное растяженіе жома и примѣненіе мазей; пользы не принесло.

*Paraproctitis* — 1 случай вслѣдствіе внѣдренія въ слизистую проглоченной рыбьей кости.

Припухлость около anus'a, инфильтратъ на обѣихъ ягодицахъ до мошонки. Свищи, изъ которыхъ выдѣляется гной, клѣтчатка. Подъ общимъ наркозомъ разрѣзъ. Выздоровленіе.

*Papillomata circa anum.* Наблюдались 1 разъ.

Больная К. Ф., 22 лѣтъ, замѣтила 3 мѣсяца назадъ на промежности небольшіе узлы, которые быстро увеличивались въ ростѣ. При осмотрѣ вокругъ anus'a находятся разраженія въ видѣ цвѣтной капусты. Подъ мѣстной анестезіей разраженія удалены.

*Е. Болѣзни паренхиматозныхъ органовъ живота и таза.*

1. *Печень.*

*Abscessus multiplex hepatis*—1 † случ.

Больной, 36 л., поступилъ въ клинику съ общей слабостью, сильнымъ знобомъ и высокой  $t^0$ , языкъ обложенъ, тошнота, рвота, желтуха, животъ болѣзненъ въ области печени; печень выходитъ изъ-подъ края реберъ пальца на 3. Моча даетъ реакцію на уробилинъ и желчные пигменты. Притупленіе справа сзади отъ угла лопатки донизу, тутъ же слышно много крепитирующихъ хриповъ. Правая граница сердца на серединѣ грудины, лѣвая на lin. mamill.; тоны чисты,  $R=120$  въ 1 м.  $Hb=75\%$ , крас. тѣлецъ 4.500.000, бѣлыхъ 17.980. Поты.

*Операция.* Разрѣзъ брюшной стѣнки отъ процес. xiphoid. по Керу. Вскрыта брюшина: печень оказалась очень большой, на нижней поверхности ея влѣво отъ желчнаго пузыря обнаруженъ одинъ гнойникъ, лѣвѣе—другой. Гнойники вскрыты. Желчный пузырь находился нѣсколько правѣе обычнаго его положенія. Пузырь былъ вскрытъ, ничего ненормальнаго. Тампонада гнойниковъ и брюшной полости. Въ желчный пузырь дренажъ. Швы на брюшину, апоневрозъ, кожу. Первые дни икота, рвота; черезъ 4 дня первая перевязка и смѣна поверхностныхъ тампоновъ, черезъ 6 сутокъ вскрыты еще 2 гнойника въ печени, сняты кожные швы. Черезъ 8 сутокъ удалена часть глубокихъ тампоновъ. Черезъ 11 сутокъ смѣна всѣхъ тампоновъ. Больной все время былъ очень слабъ и скон-

чался, спустя 23 дня, при явленіяхъ общей слабости. Вскрытіе: Appendicitis chronica. Periapendicitis. Hepatitis purulenta. Pericholecystitis chronica fibrosa. Hyperplasia lienis. Emphysema pulmonum. Atrophia fusca myocardii. Degeneratio parenchymatosa renum. Inanitio.

*Angiocholitis chronica*—1 случай, окончился смертью.

Больная 25 л. t° 40. Потрясающіе знобы. Рѣзкая желтуха. Опухоль въ обл. желчи. Пузыря. Больна 2 недѣли (?). Рвота. Печень и селезенка увеличены. Пульсъ 120, слабъ.

*Операция:* разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ по Керу. Желчный пузырь найденъ растянутымъ до величины кулака. Въ нижней его части приросъ сальникъ. Сальникъ отдѣленъ. Пузырь по отдѣленіи отъ печени вскрытъ и изъ него удалены 2 камня съ горошину, при чемъ одинъ изъ нихъ находился крѣпко сидящимъ въ ductus cysticus при впаденіи его въ duc. choledochus. Пузырь удаленъ. Въ ductus hepaticus, оказавшійся нѣсколько расширеннымъ, вставленъ дренажъ. Тампонада, швы. Больная на третьи сутки скончалась.

Вскрытіе больной показало: Angiocholitis purulenta et hepatitis purulenta. Hyperplasia pulpaе lienis septica. Degeneratio adiposa et dilatatio cordis. Pulmones N. Cirrhosis renum. obesitas universalis. Icterus levis universalis. Въ печени много камней. Одинъ—въ hepaticus, выше дренажа.

*Cholelithiasis et abscessus hepatis*—†.

Больная А. Х., 35 л., въ дѣтствѣ корь. 10 лѣтъ назадъ приступъ болѣй подъ ложечкой съ отдачей въ спину, продолжался часа 2. Въ апрѣлѣ прошлаго года 2-й приступъ. Прошрое лѣто приступы повторялись нѣсколько разъ. Продолжительность приступовъ всегда нѣсколько часовъ. Настоящее заболѣваніе началось 2 м. назадъ. Больная сначала почувствовала тухлую отрыжку, а къ вечеру появились сильныя боли подъ ложечкой съ отдачей въ спину, тошнота, рвота. Послѣ пріема слабительнаго боли черезъ 3 дня исчезли, но дня черезъ 3 появились снова и распространились въ правый пахъ. Съ мѣсяцъ назадъ появились знобы, жаръ, поты, тошнота, рвота.

*Операция:* Разрѣзъ по Kehr'y. По вскрытіи брюшины оказалось, что правая доля печени увеличена, край ея закругленъ, изъ-подъ края печени выступает желчный пузырь сильно увеличенный, но ненапряженный; въ немъ прощупываются конкременты. Въ области головки поджелудочной железы прощупывается инфильтратъ. Пузырь обложенъ салфетками и вскрытъ, выдѣлилась слизистая жидкость, окрашенная желчью. Удалено до 40 мелкихъ камней и 2 большей величины (2,1,3 сант.). Выдѣленіе желчнаго пузыря сопровождалось порядочнымъ кровотеченіемъ. Во время выдѣленія пузыря изъ области сращенія пузыря и пузырнаго протока съ поджелудочной железой вышло 2 чайныхъ ложки гноя. Вслѣдствіе сплошныхъ спаекъ съ головкой поджелудочной железы, сильно. кровоточившихъ, и невозможности вытянуть въ рану часть пузыря, ближайшую къ протоку, резецирована лишь большая часть пузыря, но не весь. Перевязка кровоточащихъ сосудовъ. Выпускникъ въ пузырьный протокъ. Послѣ операціи положеніе больной не улучшилось: знобы, высокая t°, поты, паденіе пульса и больная скончалась при общемъ истощеніи и явленіяхъ руеміи черезъ 30 дней послѣ операціи. Гной въ мазкахъ и при посѣвѣ на бульонѣ и агарѣ далъ bacter. coli comm. Содержимое пузыря—bacter. coli comm и diplococcus.

Микроскопическое изслѣдованіе: утолщенные стѣнки въ состояніи хроническаго склерозир. процесса; слизистыя носятъ характеръ подостраго воспаления, инфильтрованы круглыми клѣтками.

Вскрытіе. Abscessus multiplex. hepatis. Perihepatitis fibrosa. Degeneratio parenchymatosa myocardii. Tumor lienis septicus. Degeneratio adiposa renum. Pneumonia lobularis dextra et sinistra.

Кромѣ приведенныхъ случаевъ было еще 4 больныхъ съ желчно-каменной болѣзью, отказавшихся отъ операціи.

1) *Echinococci hepatis et peritonaci*—1 случай †.

Больная, 25 л., происходитъ изъ семьи, въ которой отецъ умеръ отъ болѣзни печени,

у сестры больной былъ эхинококкъ, другая сестра умерла отъ чахотки. Въ дѣтствѣ перенесла корь, 2 года назадъ плевритъ, въ апрѣлѣ этого года снова плевритъ. Вся подложечная область представляется рѣзко выдающейся, въ нижней половинѣ живота подвижная опухоль, величиной съ голову младенца. Операция. Разрѣзъ отъ *scrobis*. и на 3 пальца не доходитъ до лобка. Удаленъ эхинококкъ величиной съ голову младенца изъ сальника и 9 пузырей величиной отъ яйца до грецкого орѣха. Вскрытъ пузырь съ голову младенца между правой почкой и печенью; затѣмъ вскрытъ пузырь печени, такой же — селезенки и величиной съ кулакъ въ правой половинѣ таза. Всюду удалена хитиновая оболочка. Вскрытые мѣшки затампонированы марлей, концы которой выведены чрезъ брюшную рану. Больная скончалась. Вскрытіе. Разсѣянный эхинококкъ, особенно въ печени съ хроническимъ воспаленіемъ въ печеночной области. Атрофія въ верхнемъ полюсѣ правой почки, происшедшая отъ эхинококка. Эхинококкъ селезенки, поддіафрагмальный и малаго таза. Циррозъ печени. Паренхиматозное перерожденіе почекъ. Міокардитъ. Эмфизема легкихъ. Отекъ и венозная гиперемія мозга. Сердце мало, вяло, мышцы бураго цвѣта. Желудокъ сильно вздутъ. Рѣзкія хроническія спайки между желудкомъ, поперечно-ободочной кишкой и нижней поверхностью печени. Желчный пузырь весь окутанъ сращеніями, малъ; около него мелкіе эхинококковые пузыри; одинъ крупный съ яблоко; два пузыря здѣсь же кожные на ошупь, аспидносѣраго цвѣта и на разрѣзѣ состоятъ изъ умершихъ пузырей эхинококка, пропитанныхъ желчью. Большой пузырь съ дочерними подъ діафрагмой величиной съ большой кулакъ. Въ области малаго таза: въ переднемъ дугласѣ и въ лѣвыхъ связкахъ по пузырю съ дочерними — величиной съ куриное яйцо.

## II. Новообразованія другихъ органовъ брюшн. полости—7 сл. (ж.).

### а. Доброкачественныя—3 случ.

1) 2 случая кисты яичника, величиной почти съ голову взрослого. Въ одномъ случаѣ удаленіе *per laparotomiam—prima intentio*; въ другомъ случаѣ было осложненіе эксудативнымъ плевритомъ, операции не было.

2) Случай отшнуровавшейся кисты въ предпочечной клѣтчаткѣ, величиной въ голову новорожденного. Удаленіе, заживленіе *per primam*.

### 3) Опухоль лѣв. яичника.

Больная 67 л. Быстро растущая опухоль живота, осложненная асцитомъ и лѣвостороннимъ эксудативнымъ плевритомъ; смерть при явленіяхъ слабости сердца. На вскрытіи: ракъ пилорической части желудка и разсѣянный раковый перитонитъ, вторичный ракъ лѣв. яичника съ голову новорожденного.

### 4) Fibrosarcoma myxomatodes прав. яичника.

Больная 48 лѣтъ. Операция — чревосѣченіе вслѣдствіе большихъ сращеній, опухоль была удалена не вся. Тампонада. Черезъ 1½ мѣсяца выписалась съ хорошо гранулир. раной и въ удовлетворит. состояніи. Черезъ полгода показывалась: общее состояніе очень хорошее, рана совершенно зажила; при изслѣдованіи ощущаются только слѣды остатковъ опухоли.

### 5) Случай неизвѣстной опухоли,

развившейся по обѣимъ сторонамъ позвоночника тотчасъ выше промонторія и вызвавшей непроходимость кишечника въ продолженіе 27 дней. При чревосѣченіи опухоль оказалась неудалимой вслѣдствіе близкихъ соотношеній съ сосудами (*art. et ven. iliac. comm.*). Сдѣланъ былъ *anus praeternaturalis* въ два пріема. Первое время улучшеніе общаго состоянія, во время котораго больная и выписалась. Черезъ 2 мѣсяца показывалась по поводу отека ногъ. Опухоль при изслѣдованіи оказалась значительно увеличившейся.

### Hydrocele. 2 случ. у мужч. 49 и 30 лѣтъ.

Въ 1-мъ случ. больной (49 л.) до поступленія въ клинику уже 5 разъ подвергался выпусканію жидкости: 3 раза проколомъ, 1 разъ разрѣзомъ съ послѣдующимъ промыва-

ніемъ полости сулемой, 1 разъ — проколомъ и высасываніемъ. Въ клиникѣ произведена ему коренная операція — удаленіе жидкости и оболочекъ яичка. Гладкое выздоровленіе.

Въ другомъ случаѣ у больного была одновременно паховая грыжа. Операція гидроцеле была сочетана съ кореннымъ грыжесъченіемъ. Заживленіе раны первымъ натяженіемъ.

### *Ж. Мочевые пути.*

*Nephrolithiasis.* 2 случая; оба относятся къ мужч. 32-хъ и 47-ми лѣтъ. Изъ разсказа обоихъ больныхъ удалось установить выдѣленіе у нихъ съ мочей песка и камешковъ (одновременно съ типичными приступами болей) за долгій промежутокъ времени до поступленія въ нашу клинику — у одного больного за 9 л., у другого — за 11 лѣтъ.

У перваго изъ этихъ больныхъ (конторщикъ, 32-хъ лѣтъ) послѣдній приступъ, бывшій тотчасъ предъ поступленіемъ въ клинику, сопровождался потрясающимъ ознобомъ; въ клиникѣ онъ пробылъ 27 дней, операціи не подвергался; первые дни температура держалась повышенной, въ области правой почки были сильныя боли; на 13-й день съ мочей выдѣлилась въ большомъ количествѣ слизисто-гнойная жидкость; температура пала до 36,6° при сильномъ выдѣленіи пота. Боли сразу стали меньше, общес состояніе улучшилось. Произведенная цистоскопія обнаружила выдѣленіе мутноватой струйки изъ праваго мочеточника. При повторной цистоскопіи, передъ выпиской, обнаруженъ камень, торчащій изъ праваго мочеточника; изъ-за камня временами выталкивается струйка мочи. Другой больной (дантистъ, 47 лѣтъ), имѣвшій 3 типичныхъ приступа въ теченіе 11 лѣтъ до поступленія въ клинику, былъ подвергнутъ операціи (изслѣдованіе мочи передъ операціей обнаружило въ ней гной, бѣлокъ въ количествѣ 1,5<sup>0</sup>/<sub>100</sub>): подъ эфир.-хлороф. наркозомъ произведенъ разрѣзъ, соотвѣтствующій положенію правой почки; она найдена увеличенной фиксир. сращениями и не могла быть выведена въ рану. По вскрытіи ея выдѣлилось масса гноя; найденъ очень большой камень, неправильной формы, мягкій; онъ былъ удаленъ ложечкой. Полость промыта и затампонирована. Въ дальнѣйшемъ теченіи гладкое. На мѣстѣ тампонаціи нѣкоторое время поддерживался свищъ, но и онъ ко времени выписки (черезъ 1½ мѣсяца послѣ операціи) закрылся.

### *Paranephritis.* 2 случ. — у мужчинъ 34-хъ и 41-го года.

1. К. С., 34 лѣтъ. Лѣтъ 10 назадъ перенесъ какое-то страданіе мочевого пузыря (лечился промываніями). Лѣтъ 7 назадъ впервые — приступъ сильныхъ болей внизу живота; вначалѣ приступы повторялись раза 2 въ годъ, а послѣдніе 6 мѣсяцевъ стали приходить каждую недѣлю. Послѣднее время боли, тупыя постоянныя, локализовались въ правой половинѣ живота. Въ клиникѣ опредѣлена болѣзненность при давленіи точки Мас. Вигнеу; въ этомъ мѣстѣ ясно прощупывался толстый тяжъ. Въ мочѣ открыто большое количество кристалловъ мочевой кислоты. Изслѣдованіе крови: гемоглобинъ — 90, красныхъ кров. тѣлецъ — 5240000, бѣлыхъ кров. тѣлецъ — 4940. Произведено удаленіе червеобразнаго отростка (дававшего подъ микроскопомъ картину катаррального воспаленія). Въ виду значительнаго кровотеченія, появившагося при отдѣленіи брыжжейки отростка, въ брюшную полость вставлена была турунда. Послѣ операціи первые дни — отсутствіе самостоятельнаго мочеиспусканія; мочу приходилось спускать катетеромъ. Черезъ недѣлю послѣ операціи стали появляться частые позывы, моча стала щелочной; еще черезъ 2 недѣли къ этому присоединилась тошнота и сильная боль въ области почекъ. Черезъ 24 дня послѣ удаленія отростка въ мочѣ появился бѣлокъ, справа появилась область притупленія, распространившаяся до 5-го ребра. Температура стала давать повышенія до 38°. Предпринята операція паранефрита: разрѣзъ отъ угла праваго 12-го ребра внизъ и вправо — сант. 12. По разрѣзѣ *fasc. lumbodors.* впередъ отъ *m. quadr. lumb.* выдѣлился жидкій гной, въ количествѣ 1½ стакан. Почка лежала выше и впереди отъ гнойнаго скопленія; хода въ подбрюшную клетчатку къ мѣсту операціи не найдено. Тампонада. Часть раны

защита. Съ мочей почти ежедневно крупныя песчинки. Черезъ 3 недѣли послѣ 2-й операціи — уменьшеніе количества мочи. Цистоскопіей обнаружено, что изъ лѣваго мочеточника выдѣляется моча, изъ праваго — нѣтъ; изъ отверстія праваго мочеточника торчитъ камешекъ, вскорѣ вышедшій самостоятельно. Въ дальнѣйшемъ — медленное возстановленіе правильнаго мочеиспусканія, медленное заживленіе раны. Только черезъ 3 мѣсяца послѣ 2-й операціи больной выписался съ зажившей на всемъ протяженіи раной. Въ гноѣ паранефрита обнаруженъ диплококкъ.

2. П. Ф., 41 года. Больной поступилъ съ очень тяжелыми общими явленіями, съ помраченнымъ сознаниемъ. Изъ прошлаго удалось установить лишь, что онъ уже лѣтъ 10 часто имѣлъ приступы лихорадки, сопровождаемые болями въ правой половинѣ живота и рвотой. Наканунѣ поступленія эти явленія убнаружились въ очень рѣзкой степени. Въ клиникѣ найдено, что животъ ясно раздѣленъ на 2 половины: правая вздута, стѣнки напряжены, болѣзненность рѣзкая; лѣвая лодкообразная, мягкая; въ обѣихъ половинахъ — тимпанитъ. Въ поясничной области справа — разлитое выпячиваніе, флюктуирующее. Полное притупленіе всей правой половины грудной клѣтки. Пробный проколъ въ правой поясничной области далъ жидкій гной; въ немъ подъ микроскопомъ обнаружены палочки, похожія на *bact. coli comm.* Въ день поступленія операція: подъ эфиромъ — разрѣзъ въ правой поясничной области, параллельно реберной дугѣ. Найдена наполненная жидкимъ гноемъ полость, продолжающаяся въ тазъ. Тампонація. Состояніе больного было очень тяжелое всѣ дни послѣ операціи. Вливаніемъ солевого раствора, камфорой и кофеиномъ удавалось поддерживать пульсъ. Къ концу недѣли, въ виду признаковъ недостаточнаго опорожненія—2-я операція: разрѣзъ продолженъ дальше на переднюю брюшную стѣнку. Гнойная полость опорожнена и затампонирована. Темпер. послѣ операціи пала (до 36,4°), но на слѣдующій день появилась икота, рвота, пульсъ совсѣмъ ослабѣлъ (120 въ мин.); еще черезъ 2 дня сопорозное состояніе, холодный потъ, непроизвольное мочеиспусканіе, смерть. На вскрытіи: гнойная полость, вскрытая двумя разрѣзами, не имѣла сообщенія ни съ брюшной полостью, ни съ правой почкой, ни съ правымъ мочеточникомъ. Въ брюшной полости — слѣды стариннаго хроническаго сличиваго воспаленія брюшины, спаявшаго петли тонкихъ кишекъ, S-образную кишку, печень съ попер. обод. кишкой и кишки съ передней брюшной стѣнкой. Слѣпая кишка и червеобразный отростокъ не имѣютъ слѣдовъ воспаленія. Вещество правой почки сохранилось въ небольшомъ количествѣ: почка состоитъ изъ растянутыхъ, съ утолщенными стѣнками, полостей, содержащихъ гнойно-кровянистую жидкость. Слизистыя оболочки растянутыхъ лоханокъ и мочеточника утолщены, сѣро-аспиднаго цвѣта. Правый мочеточникъ тотчасъ по выходѣ колѣнообразно изогнутъ подъ тупымъ угломъ, тотчасъ за изгибомъ расширенъ; здѣсь лежитъ камень, у нижняго конца котораго слизистая мочеточника рубцово стянута. Лѣвая почка очень велика; паренхима ея вся пронизана гнойными очажками. Выходъ мочеточника ея суженъ вслѣдствіе рубцоваго суженія слизистой мочеточника. Въ мочевомъ пузырѣ, кромѣ суженій наружныхъ отверстій обоихъ мочеточниковъ, есть слѣды хроническаго цистита. Кромѣ того: въ правой плевр. полости гнойное фибринозное воспаленіе, лѣвая — облитерирована. Хроническое (сифилитическое) воспаленіе внутренней оболочки аорты.

### *Pyonephrosis.* 1 женщ., 53-хъ л.

Больная впервые почувствовала боли въ области, соотвѣтствующей положенію правой почки, за 1 мѣсяць до поступленія. Въ клиникѣ найдено, что вся правая половина живота занята опухолью, которая подвижна при надавливаніи въ области правой почки. Цистоскопія обнаружила: сильное налитіе сосудовъ, атрофію мышечныхъ волоконъ у отверстія праваго мочеточника и гипертрофію у отверстія лѣваго. Подъ эфирно-хлороформ. наркозомъ разрѣзъ до почки. Ткани, черезъ которыя прошелъ разрѣзъ, склерозированы, въ области почки—гной. Вся полость почки въ иеремычкахъ; по разрушеніи ихъ введены турунды. Перевязки черезъ 2—3 дня. Черезъ 1½ мѣсяца послѣ операціи выписалась на пути къ выздоровленію съ небольшими грануляціонными поверхностями. Послѣвъ изъ гноя далъ культуру золотистаго стафилококка.



*Calculus vesicae urinariae.* 3 случ. у мужч. 16, 25 и 29 лѣтъ. Во всѣхъ 3-хъ случ.—высокое сѣченіе и удаленіе камня. Въ 2-хъ случ. обезболиваніе примѣнено общее (эф.+хлороф.), въ 1-мъ—операция безъ обезболиванія, т. к. у больного (всл. бывшаго за годъ до операціи огнестрѣл. раненія позвоночника) полная анестезія нижней половины туловища. Въ 1-мъ случ. камень оказался оксалатомъ (въ попер.  $2\frac{1}{2}$  сант.), въ другомъ—фосфатомъ (велич.  $5 \times 3$  сант.), въ третьемъ—смѣшаннаго состава—оксалатъ и уратъ ( $38 \times 33 \times 20$  мм., вѣсомъ 22,0). Зашиваніе разрѣза произведено различнымъ образомъ: въ 1-мъ случ. наложенъ полный шовъ какъ на стѣнки пузыря, такъ и на покровы; катетеръ à demeure не вставлялся; въ послѣдоперац. теченіи моча ни разу изъ ранъ не показывалась; мочился самостоятельно; заживленіе раны было задержано небольшой гематомой; выбылъ черезъ 1 мѣс. послѣ операціи съ небольшой гранулирующей поверхностью. Во 2-мъ случаѣ пузырь былъ зашитъ, равно и рана покрововъ, кромѣ нижняго угла, куда введенъ тампонъ (до пузыря); этотъ участокъ зажилъ путемъ гранулированія, на остальномъ протяженіи—первое натяженіе; просачиванія мочи въ рану не было. Въ 3-мъ случ. (у больного съ раненіемъ спинного мозга) стѣнки пузыря притянуты были швами къ передней стѣнкѣ живота, дренажъ пузыря и катетеръ à demeure. Черезъ 5 дней швы были удалены. Образованіе грануляцій и рубца шло очень быстро. Повязка мочей не промокала, все количество мочи выдѣлялось свободно черезъ дренажъ. Выписался съ дренажемъ въ пузырь.

*Stricture urethrae traumatica*—1 случ. у мужч. 35 лѣтъ. Травма—ушибъ промежности—за 2 года до поступленія. Мочится больной съ болью и рѣзью поминутно. Пузырь растянута до пупка. Найдено суженіе соотвѣтственно мѣсту перехода перепончатой части канала въ висячую. Суженіе пройдено изъ пучка. За время пребыванія больного ему укрѣплялись à demeure катетеры отъ хлыстика и до № 13. Больной выбылъ черезъ недѣлю по поступленіи. Мочится струей, хотя и тонкой.

*Incontinentia urinae*—1 случ. у женщ. 55 л. Страданіе началось 20 л. назадъ, послѣ 8 родовъ (всего больная имѣла 11 беременностей). Половая щель найдена зіяющей; есть разрывъ промежности. Отверстіе мочеисп. канала расширено до толщины гусянаго пера; вокругъ него уплотненій нѣтъ. Въ клиникѣ вприснутъ былъ подъ кокаиномъ твердый парафинъ (48<sup>0</sup>) вокругъ мочеиспускательнаго канала, за сфинктеромъ; послѣ вприскиванія недержаніе мочи не измѣнилось, воспалительныхъ явленій не было. Черезъ 9 дней послѣ 1-го сдѣлано 2-е вприскиваніе парафина—подъ слизистую мочеиспускательнаго канала. Недержаніе мочи значительно уменьшилось; моча появляется лишь при напряженіи. Выбыла съ улучшеніемъ.



#### IVa. Грыжи. 45 чел.—30 м. и 15 ж.

Въ одномъ случаѣ операциі не было: больной выпиcался вслѣдствіе того, что у него обнаруженъ былъ хроническій уретритъ. У остальныхъ больныхъ сдѣлано 52 операциі: 36 у мужчинъ и 16 у женщинъ. Возрастъ колебался между 9 годами и 80; главнымъ же образомъ грыжи наблюдались въ возрастѣ отъ 20 до 40 лѣтъ. Производство оперативныхъ пособій происходило при выполненіи тѣхъ же общихъ принциповъ, кои изложены въ прошломъ ежегодникѣ; это относилось къ примѣненію общей или мѣстной анестезіи, къ закрытію ранъ, равно и къ уходу въ послѣоперационномъ періодѣ.

#### Неущемленные грыжи.

##### I. Бедренныя грыжи:

2 случая, одинъ у мужчины, другой у женщины; обѣ правостороннія; операциі произведены при мѣстной анестезіи впрыскиваніемъ растворовъ *Schleich'a* и 1/2% кокаина съ предварительнымъ — морфія. Для закрытія кольца — шелкъ и кожной раны — кэтгутъ. Обѣ раны зажили первымъ натяженіемъ.

##### II. Пупочныя грыжи: 1 мужчина, 2 женщины.

Больной, конторщикъ И. Ж., 44 лѣтъ, поступилъ въ клинику 24 октября 1907 года по поводу пупочной невправимой грыжи, которой страдалъ около 1 1/2 года. Грыжа не вправляется 6 дней. Явленія ущемленія отсутствуютъ. Величина ея съ грецкій орѣхъ; кожа тонка, немного воспалена. 29/X при мѣстномъ обезболиваніи изъ 2 дугообразныхъ разрѣзовъ очерченъ пупокъ; по обнаруженіи апоневроза выдѣленъ и вскрытъ грыжевой мѣшокъ, гдѣ оказался сальникъ, сращенный съ его стѣнкой; послѣдній былъ резецированъ. Рана закрыта послойно обычнымъ путемъ. Въ послѣоперационномъ теченіи имѣется образованіе подъ кожей гематомы, вслѣдствіе чего были удалены 2 шва, введены выпускники. Второе натяженіе. Выбылъ на 25-й день.

Женщины, обѣ многорожавшія (4, 6 родовъ).

Въ одномъ изъ нихъ потребовался общій наркозъ; грыжевой мѣшокъ изсѣченъ, брюшина соединена непрерывнымъ швомъ изъ кэтгута, апоневрозъ и мышцы — двуряднымъ шелковымъ, кожа — кэтгутомъ; введенъ выпускникъ. Въ послѣоперационномъ теченіи необходимо отмѣтить упорное образованіе серозно-кровянистой жидкости, вначалѣ до 2—3 стакановъ, постепенно уменьшавшееся; швы изъ апоневроза частью выдѣлились сами, частью были удалены, для чего потребовался разрѣзъ кожи по рубцу. Выбыла здоровой на 38-й день. Другой случай, гдѣ въ грыжевомъ мѣшкѣ были тонкая кишка и сальникъ (часть послѣдняго резецирована), оперированъ былъ при мѣстной анестезіи; заживленіе—*per primam intentionem*.

##### III. Паховыя грыжи:

20 мужчинъ, изъ нихъ у 9-ти правостороннія грыжи и у 11-ти съ лѣвой стороны, и 4 женщины, съ лѣвосторонними грыжами. Общій наркозъ былъ примѣненъ въ 8 случаяхъ, въ остальныхъ мѣстное обезболиваніе. Для закрытія операционныхъ ранъ главнымъ образомъ пользовались способомъ *Bassini*—въ 19 случаяхъ, затѣмъ *Roux*, въ 4 случаяхъ, и одинъ разъ былъ примѣненъ способъ *L. Championnière*

*Боброва.* Въ одномъ изъ случаевъ грыжевого мѣшка не оказалось, но была небольшая липома; въ остальныхъ его содержимымъ были или салникъ, или тонкая кишка, или то и другое вмѣстѣ, легко вправившіеся въ брюшную полость; одинъ разъ въ мѣшкѣ оказалось яичко; въ одномъ случаѣ встрѣтился плотный рубецъ у шейки грыжевого мѣшка, который потребовалось разсѣчь.

Грыжевой мѣшокъ либо изсѣкался весь, либо по разсѣченіи перевязывался, или прошивался непрерывнымъ швомъ изъ кѣтгута на высотѣ внутренняго отверстія пахового канала, при чемъ периферическая его часть оставалась невысвобожденной отъ сѣменного пучка, либо изсѣкался въ его средней части, смотря по величинѣ грыжевого мѣшка и степени сращеній. При выдѣленіи въ одномъ случаѣ были попутно изсѣчены двѣ варикозно расширенныя вены сѣменного канатика. Въ одномъ случаѣ паховая грыжа встрѣтилась совмѣстно съ элевантіазисомъ мошонки; радикальная операція по способу Roux была соединена съ изсѣченіемъ круговымъ разрѣзомъ передней стѣнки пораженной кожи мошонки и задней полового члена до его головки.

Для закрытія ранъ примѣнялся и шелкъ (соединеніе мышечнаго края съ пупартовой связкой) и кѣтгутъ, и только въ двухъ случаяхъ (операція по *Bassini*) употребленъ былъ одинъ кѣтгутъ. Повязка преимущественно примѣнялась коллодійная, бинтовая только въ 4 случаяхъ.

Въ послѣоперационномъ теченіи въ 4 случаяхъ наблюдалось задержаніе мочи отъ 1 дня до недѣли; въ одномъ образованіе гематомы подъ кожей, заставившее снять нѣсколько швовъ; въ двухъ скопленіе кровянистой жидкости въ мошонкѣ (въ одномъ она была удалена чрезъ троакаръ, а въ другомъ послѣ снятія 2 нижнихъ швовъ чрезъ рану).

Операционныя раны заживали первымъ натяженіемъ, кромѣ 5 случаевъ, гдѣ въ одномъ отошла лигатура, въ 2-хъ было нагноеніе въ каналахъ 1—2 кожныхъ швовъ, что по удаленіи ихъ не отозвалось потерей времени для заживленія ранъ, и въ двухъ глубокое нагноеніе, потребовавшее широкаго раскрытія ранъ и удаленія глубокихъ швовъ.

Одинъ изъ послѣднихъ случаевъ представляетъ большой интересъ особенностями строенія самой грыжи. Его краткая исторія болѣзни такова:

*Hernia inguinalis dextra.* Н. Б., приказчикъ, 45 лѣтъ, поступилъ въ клинику 22 апрѣля 1908 года.

Съ 11 до 18 лѣтъ приходилось поднимать значительныя тяжести.

У больного задержаніе праваго яичка въ паховомъ каналѣ, замѣченное на 23-мъ году. Грыжа замѣчена 12 лѣтъ назадъ.

*St. praes.:* со стороны общаго состоянія здоровья можно отмѣтить: ничтожное ослабленіе везикулярнаго дыханія, одышка при движеніи, глуховатость тоновъ сердца, которое немного увеличено; нѣсколько слабый пульсъ, 92 уд., но правильный по ритму; умѣрен-

ная жестковатость артерій. При осмотрѣ оказалось: правая половина мошонки сильно увеличена; длина 21 сант., окружность у корня 48 см. Она мягка, эластична, безболѣзненна; кожные покровы напряжены, складки сглажены, внизу мошонки слегка покраснѣвши (decubitus). Опухоль непосредственно переходитъ въ паховой каналъ, при выстукиваніи даетъ тимпонию; попытки вправленія ее убавляются, но вполне вправить нельзя.

*Oper.:* Послѣ надлежащаго подготовленія подъ эфирнымъ наркозомъ съ предварительнымъ впрыскиваніемъ  $\frac{1}{4}$  gr. морфія произведена операція. Вдольный по опухоли разрѣзъ въ области пахового канала, длиною отъ 16 до 17 сант.; по разсѣченіи жировой клѣтчатки обнаруженъ грыжевой мѣшокъ, переполненный кишечными петлями, а вверху выпавшимъ салникомъ. Ясно опредѣлить положеніе пахового канала не удается; попытки вправить внутренности при невскрытомъ мѣшкѣ были неудачны. Разрѣзанъ апоневрозъ наружной косой мышцы, подъ которымъ оказалось небольшое количество жировой клѣтчатки, подъ ней просвѣчивали петли тонкихъ кишокъ съ чрезвычайно утолщенной, ожирѣвшей брыжейкой и салникомъ. Но и здѣсь вправленіе удавалось только наполовину, часть кишокъ вправить не удалось. Вслѣдъ за вправляемыми петлями кишокъ была введена рука въ грыжевое отверстіе, что указало на широкое отверстіе; однако введенная кисть руки не ощущаетъ свободной полости живота, находясь какъ бы въ большомъ карманѣ. Апоневрозъ вскрытъ еще выше, сант. на 8, и тогда удалось выяснить, что слѣпой карманъ (12—16 сант. глубиной) находится между наружной и внутренней косыми мышцами и выстланъ брюшиной, составляющей продолженіе грыжевого мѣшка. Истинное грыжевое отверстіе находится дальше кзади подъ краемъ внутренней косой мышцы. По выясненіи этихъ отношеній вправить кишки удалось свободно. Яичко оказалось въ мошонкѣ въ наружно-нижнемъ отдѣлѣ грыжевого мѣшка. Послѣ продолженія разрѣза сверху, края послѣдняго были взяты на пинцеты; часть его, выстилавшая упомянутую полость, и часть, спускавшаяся въ мошонку, были удалены; брюшина соединена непрерывнымъ швомъ; мышечный край подтянуть къ Пупартовой связкѣ 7-ю узловыми швами; восстановленъ растянутый апоневрозъ наружной косой мышцы, при чемъ его избытокъ устраненъ наложеніемъ нижняго края на верхній, для чего потребовалось 6 швовъ. Изъ нижняго отдѣла мѣшка оставлено постольку, чтобы прикрыть яичко, помощью непрерывнаго шва. Полость растянутой мошонки уменьшена 4-мя швами, поперечно проведенными подъ ея внутреннимъ слоемъ. Въ полость брюха и упомянутую отслойку введены марлевые выпускники. Клѣтчатка надъ апоневрозомъ стянута 3-мя узловыми швами. Кожная рана послѣ перевязки сосудовъ закрыта 16-ю узловыми швами. Швы и лигатуры изъ кѣтгута. Асептическая повязка.

Въ послѣоперационномъ періодѣ нагноеніе (стрептококкъ) задержало больного въ клиникѣ до 18 іюня, причемъ онъ ушелъ съ небольшой гранулирующей поверхностью, близкой къ заживленію.

Не менѣе интересный случай съ выпаденіемъ въ грыжевой мѣшокъ мочевого пузыря, помѣщенной здѣсь въ общемъ перечнѣ паховыхъ грыжъ, описанъ отдѣльной статьёй (см. выше).

#### IV. Множественныя паховыя грыжи: 4 мужчинъ и 2 женщины.

У мужчинъ были двѣ двустороннія паховыя грыжи, оперированныя подъ общимъ наркозомъ, въ одномъ справа по способу *Bobrowa*, слѣва по *Bassini*; въ другомъ съ обѣихъ сторонъ по способу *Roux*; въ одномъ случаѣ было задержаніе мочи въ первые дни. Въ третьемъ случаѣ двусторонняя паховая, оперированная по способу *Roux*, съ пупочной грыжей; грыжевой мѣшокъ былъ выдѣленъ и вправленъ. Наконецъ, лѣвая паховая, оперированная по *Bassini*, съ грыжей въ области *epigastrii*, справа отъ бѣлой линіи, гдѣ въ щель апоневроза выпадала жировая ткань. Подъ коллодійной повязкой — *prima intentio* во всѣхъ случаяхъ.

У женщинъ были: у одной пупочная грыжа и нѣсколько выше ея грыжа по бѣлой линіи; подѣ общимъ наркозомъ, по вскрытіи изъ поперечно-овальныхъ разрѣзовъ кожныхъ покрововъ, былъ обнаруженъ апоневрозъ и вскрытъ выдѣленный грыжевой мѣшокъ, въ которомъ оказались петли тонкой поперечно-ободочной кишки и сальникъ; часть послѣдняго резецирована; грыжевое кольцо находилось какъ разъ въ области пупка; былъ введенъ тампонъ, удаленный на 3-й день. Рана зажила вторымъ натяженіемъ, при чемъ то произвольно отходили, то были удалены послѣ разрѣза нѣсколько глубокихъ швовъ. Больная вышла изъ клиники на 46-й день послѣ операціи съ небольшой хорошо гранулирующей поверхностью, близкой къ заживленію. У другой лѣвая паховая грыжа была одновременно съ пупочной; подѣ мѣстной анестезіей были оперированы паховая по Bassini, при чемъ резецирована часть приросшаго къ мѣшку сальника, пупочная по способу Сапѣжко, съ вворачиваніемъ кольца и апоневроза. Подѣ коллодійными повязками безъ всякихъ осложненій заживленіе первымъ натяженіемъ.

*V. Послеоперационныя грыжи: 3 мужчинъ, 1 женщина.*

1. Кр. П. К., 42 лѣтъ, поступилъ въ клинику 17 января 1908 года. 10-го декабря 1907 года былъ оперированъ по поводу хроническаго аппендицита; по окончаніи операціи былъ введенъ выпускникъ; при первой перевязкѣ оказалось, что сальникъ выпалъ изъ брюшной полости, помѣстившись между верхнимъ краемъ раны и тампономъ; ввести его обратно не удалось и послѣ заживленія; на мѣстѣ его выпаденія образовалось грыжевое выпячиваніе. 21 января 1908 года былъ оперированъ при мѣстной анестезіи. По изсѣченіи нижней половины рубца была отпрепарована прилежавшая часть сальника отъ апоневроза, мышцъ и брюшины. Въ верхнемъ углу разрѣза кишки оказались припаянными. Часть сальника была резецирована, центральный конецъ вправленъ обратно, спайки кишки раздѣлены. Брюшина закрыта непрерывнымъ кэтгутовымъ швомъ, мышцы шелковымъ узловымъ, апоневрозъ и кожа кэтгутомъ. Рана зажила первымъ натяженіемъ, и 12 февраля 1908 года оперированный выбылъ безъ слѣда грыжевого выпячиванія.

2. Больной Ф. Я. А., 43 лѣтъ, поступилъ въ клинику 26 іюня 1908 года. Былъ оперированъ по поводу правой паховой грыжи годъ тому назадъ. Черезъ полгода при дѣйствіи брюшного пресса замѣтилъ выпячиваніе внутренностей на мѣстѣ рубца. Исслѣдованіе указало, что на всемъ его протяженіи (7 сант.) имѣется расхожденіе мышцъ и образованіе опухоли, слѣдующей за движеніями брюшного пресса. 30 іюня 1908 года произведена при мѣстномъ обезболиваніи операція: разрѣзъ по рубцу въ 8 сант.; вскрытъ апоневрозъ наружной косой мышцы; внутреннія сращенія не дала; выдѣленъ очень тонкій грыжевой мѣшокъ въ 1½ сант. длиной; операція окончена по Bassini. Подѣ коллодійной повязкой рана зажила первымъ натяженіемъ. Выбылъ здоровымъ на 22-й день послѣ операціи.

3. Больной Н. А., 67 лѣтъ, поступилъ 11 октября 1907 года. Былъ оперированъ по поводу ущемившейся правосторонней паховой грыжи 26 февраля 1907 года въ клиникѣ (см. Ежегодникъ, выпускъ I, стр. 207, № 4). Вскорѣ у больного при актѣ дефекаціи и при другихъ напряженіяхъ брюшного пресса въ области рубца стала появляться разлитая припухлость, а въ іюлѣ образовалась небольшая, въ лѣсной орѣхъ, твердая опухоль, которая, слѣлавшись болѣзненной, постепенно увеличивалась, достигнувъ размѣровъ куриного яйца, и прорвалась самопроизвольно, выдѣливъ много гноя. 11-го октября больной вновь поступилъ въ клинику по поводу свища, и 18-го нарывъ былъ вскрытъ, но воспалительная припухлость оставалась; кромѣ того, былъ несомнѣнный рецидивъ грыжи. За общей слабостью больной выписался, отказавшись отъ радикальной операціи,— и въ 3-й

разъ вернулся въ клинику 24 января 1908 года по поводу изъязвившейся опухоли въ правомъ паху. 1-го февраля была при общемъ наркозѣ эта опухоль изсѣчена, плотная, подвижная, величиною въ кулакъ, расположенная параллельно Пупартовой связкѣ; вмѣстѣ съ ней прилегавшій къ ней грыжевой мѣшокъ, а также часть сѣменного канатика; удалено и яичко для простоты зашиванія раны (больному 67 лѣтъ). Выпускники въ брюшную рану и рану мошонки. 20 марта оперированный выбылъ съ небольшою гранулирующей поверхностью, близкимъ къ заживленію. Микроскопическое изслѣдованіе опухоли указало, что это была гранулема.

4. Больная Е. П. К., 30 лѣтъ, поступила въ клинику 6-го февраля 1908 года; была оперирована въ нашей клиникѣ 17 февраля 1896 года по поводу оофорита и гнойнаго сальпингита; послѣоперационный періодъ съ марлевымъ дренажемъ; выбыла 22 марта съ зажившей раной. Вскорѣ стала страдать отъ боли въ животѣ при ходьбѣ и рѣзкихъ движеніяхъ; въ рубцѣ надъ лобкомъ при дѣйствіи брюшнаго пресса появилось выпячиваніе внутренностей, почему всѣ послѣдующія 11 лѣтъ больная пользовалась бандажомъ. При осмотрѣ рубецъ надъ лобкомъ оказался растянутымъ въ поперечномъ направлении, истонченнымъ; по выпяченіи внутренностей можно было въ апоневрозѣ ошупать отверстіе, длиною въ 5 и шириною въ 2 сант. 13 февраля 1908 года подъ эфирно-хлороформно-морфійнымъ наркозомъ два овальныхъ разрѣза, очертившіе опухоль; по обнаженіи апоневроза и выдѣленіи шейки грыжевого мѣшка послѣдній былъ изсѣченъ. Шовъ изъ кѣгута на брюшину, мышцы и кожу, изъ шелка на апоневрозъ. Коллодійная повязка. *Prima intentio*. На 23-й день послѣ операціи выбыла здоровой.

#### Ущемленные грыжи: 2 мужчинъ, 4 женщины.

1. Больная Е. Т. З., 75 лѣтъ; *hernia femoralis incarcerata dextra*; поступила 11-го апрѣля 1908 года; лѣтъ пять тому назадъ начали беспокоить частыя боли въ подложечной области и въ лѣвомъ боку. 9-го апрѣля 1908 года возникли разлитыя боли по всему животу; было послабленіе; боли усиливались, появились рвоты шоколаднаго цвѣта съ запахомъ, не прекращавшіяся до поступленія въ клинику. Растирая въ виду болей себѣ животъ, больная впервые замѣтила небольшую безболѣзненную припухлость справа внизу живота. При поступленіи была обнаружена тотчасъ ниже Пупартовой связки овальной формы опухоль, болѣзненная, малоподвижная, 8—6 см. Тотчасъ по поступленіи подъ эфирно-хлороформнымъ наркозомъ разрѣзъ по Пупартовой связкѣ, длиною въ 10 сант. Въ грыжевомъ мѣшкѣ около 2 столовыхъ ложекъ кровянистой жидкости и ущемленная петля тонкой кишки на протяженіи 4 сант., багроваго цвѣта. Въ виду сомнительнаго состоянія ущемленнаго отрѣзка сдѣланъ былъ энтеро-анастомозъ въ предѣлахъ здоровой части. По введеніи тампона брюшная рана была отчасти зашита. Асептическая повязка. Послѣоперационное теченіе безлихорадочное; сначала правильное отправленіе кишечника. На 8-й день въ отдѣляемомъ раны признаки присутствія кала; на 9-й послѣднее стало обильнымъ, въ то же время испраженіе естественнымъ путемъ уменьшилось. Въ дальнѣйшемъ теченіи калъ исключительно шелъ черезъ свищъ. Силы больной постепенно падали; на 30-й день—*mors*. Вскрытіемъ обнаружено, что тощая кишка на разстояніи 10—12 сант. отъ соеситъ спутана какъ бы въ клубокъ сращеніями. На мѣстѣ энтероанастомоза свищъ вслѣдствіе расхожденія швовъ. На разстояніи 5—6 сант. отъ энтероанастомоза петля кишки, повидимому бывшая въ грыжевомъ мѣшкѣ ущемленной, сращена въ области операціонной раны съ брюшными стѣнками и имѣетъ здѣсь отверстіе. *Arteriosclerosis*. Атероматозъ задняго аортальнаго клапана.

2. Больная М. А. П., 49 лѣтъ; *hernia umbilicalis incarcerata*, поступила 12 марта 1908 года; имѣла 8 нормальныхъ родовъ и 12 лѣтъ тому назадъ выкидышъ вслѣдствіе паденія, послѣ чего стала появляться въ области пупка боль и опухоль, которую больная сама вправляла въ полость живота. 12-го марта, послѣ приступовъ сильнаго кашля выпавшія внутренности вправить не удалось. 5 часовъ спустя по доставленіи въ клинику, съ кокаиновымъ обезболиваніемъ операція: кожа вскрыта 2 эллиптическими разрѣзами—обнаженъ апоневрозъ, отпрепарованъ и вскрытъ грыжевой мѣшокъ. Содержимое—ціанотичная петля тонкой кишки и приросшій къ шейкѣ сальникъ. Кишка и сальникъ по отдѣле-

ній вправлены въ брюшную полость. Рана закрыта наглухо. Теченіе безъ осложненій. Выбыла на 27-й день здоровой.

3. Больная О. А. С., 51 года поступила 15 іюля 1908 года; страдаетъ пупочной грыжей съ 19 лѣтъ, послѣ первыхъ родовъ. За промежутокъ времени до операціи въ Кіевѣ, бывшей по поводу ущемленія 2 года тому назадъ, грыжа ущемлялась 10 разъ. Вновь появилась послѣ подъема тяжести годъ назадъ. 15 іюля была доставлена въ клинику съ признаками ущемленія. При обследованіи оказался на мѣстѣ пупка вертикальный рубецъ отъ зажившей раны, сант. 5—6 длиною. Тотчасъ надъ рубцомъ прощупывается опухоль, сант. въ 5 діаметромъ; упругая, гладкая, при перкуссіи тимпанична, при ощупываніи какъ бы исходитъ изъ апоневроза. Въ тотъ же день подъ общимъ наркозомъ вертикальный разрѣзъ въ 7—8 сант. Послѣ выдѣленія грыжевого мѣшка до апоневроза грыжевой мѣшокъ былъ вскрытъ, при чемъ содержимымъ его оказалась сильно-кровоянистая жидкость и нѣсколько петель тонкихъ кишекъ, спаянныхъ между собою: спайки тянулись и вглубь въ полость живота къ нижележащимъ петлямъ. По увеличеніи грыжевого отверстія кверху кишки вправлены, грыжевой мѣшокъ иссѣченъ. Шовъ на брюшину и кожу изъ кѣтгута, на апоневрозъ—изъ шелка и кѣтгута. Дубликатура. *Prima intentio*. На 22-й день послѣ операціи выбыла здоровой.

4. Больная О. С. М., 80 лѣтъ; *hernia umbilicalis incarcerata*; поступила 22 февраля 1908 года; имѣла 1 роды 61 годъ тому назадъ. 15 лѣтъ назадъ, вслѣдствіе появившихся запоровъ при натуживаніи, стала появляться небольшая опухоль въ области пупка, легко сама исчезающая при горизонтальномъ положеніи. Съ увеличеніемъ запоровъ легкость исчезновенія опухоли уменьшилась, приходилось вправлять чаще и чаще. 21 II (поѣла блиновъ) вправленіе появившейся опухоли совсѣмъ не удалось; установившіеся признаки ущемленія заставили обратиться въ клинику, гдѣ тотчасъ по доставленіи, спустя приблизительно сутки послѣ ущемленія, *подъ мѣстной анестезіей* была произведена операція. Вертикальный разрѣзъ около 12 сант. длиною. По выведеніи и вскрытіи грыжевого мѣшка въ немъ обнаружены: подково-образной формы петля тонкой кишки, сильно измѣненная, синевато-чернаго цвѣта, петля поперечно-ободочной, почти неизмѣненная въ цвѣтѣ, и между ними участокъ сальника, которые, по разсѣченіи грыжевого кольца кверху и книзу, кромѣ тонкой кишки, были вправлены; послѣдняя же въ границахъ здоровой ткани была резецирована на протяженіи 33 сант. Наложено боковое соустіе; кишка вправлена; частичное зашиваніе съ тампономъ. Асептическая повязка. Первые дни наблюдалось учащеніе пульса до 108;  $t^0$  не подымалась выше 37,9. На 4-й день самопроизвольное послабленіе. На 7-й день смѣнены тампоны. Въ дальнѣйшемъ теченіи изъ полости раны отходили клочки омертвѣвшей клѣтчатки; больная выбыла на пути къ выздоровленію съ небольшой гранулирующей поверхностью 4-го апрѣля, т.-е. на 42-й день послѣ операціи. (Эта больная была демонстрирована *II. П. Дьяконовымъ* 25 февраля 1908 года въ 122 засѣданіи Общества Русскихъ Хирурговъ).

5. Больной М. Т., 20 лѣтъ, *hernia inguinalis incarcerata dextra*; поступилъ 12-го августа 1908 года. Страдаетъ грыжей 8 лѣтъ. Всегда легко вправлялась, но 12-го августа не могла быть вправлена больнымъ; ущемленіе произошло послѣ сильной ходьбы. Радикальная операція въ день поступленія при мѣстномъ обезболиваніи. Содержимое грыжевого мѣшка — небольшое количество серозной жидкости и петля тонкой кишки, которая была вправлена. Закрытіе раны по Roux. Коллодійная повязка. Заживленіе первымъ натяженіемъ. Выбылъ здоровымъ на 21-й день.

6. Больной П. К., 33 лѣтъ, *hernia inguinalis dextra incarcerata*; страдаетъ грыжей, насколько себя помнитъ; поступилъ въ клинику 19-го іюля 1908 года. Зимой 1907 года было ущемленіе: мѣстные боли, рвота; подъ согревающимъ компрессомъ—вправленіе. Съ 15-го іюля вновь признаки ущемленія: острая боль въ правомъ паху, отсутствіе испражненій въ продолженіе 3 сутокъ, рвота, невозможность вправленія. Тотчасъ по доставленіи въ клинику подъ общимъ наркозомъ операція. Въ содержимомъ грыжевого мѣшка оказался среди гноя сальникъ, среди котораго находился червеобразный отростокъ. Все это послѣ перевязки было удалено. Введены выпускники. Длина раны убавлена нѣсколькими швами. Оперированный выбылъ съ зажившей раной на 37-й день послѣ операціи.

#### IV6. Аппендицитъ.

Всего случаевъ воспаления червеобразнаго отростка было 37 <sup>1)</sup>: мужч. 28, женщ. 9. Возрастъ больныхъ — отъ 17 л. до 48 л. Въ частности: до 20 лѣтъ (включит.) было 5 больныхъ (2 мужч. и 3 женщ.); 21 — 30 л. было 19 больныхъ (17 мужч. и 2 женщ.); 31 — 40 л. — 8 больныхъ (6 мужч., 2 женщ.); 41 — 48 лѣтъ 5 больныхъ (3 мужч., 2 женщ.).

Операция произведена у 32 больныхъ: у 1-го больного, у котораго распознанъ былъ гнойный аппендицитъ, операция заключалась во вскрытіи вѣбрюшиннаго гнойника передней брюшной стѣнки. У 31 больн. произведено удаленіе отростка; изъ этихъ случаевъ въ 1-мъ не удалось удалить весь отростокъ, плотно впаянный въ инфильтрованную заднюю стѣнку брюшной полости; пришлось ограничиться удаленіемъ лишь части его (центральной). Подобнымъ же обр. въ другомъ случаѣ найденъ былъ толстый гиперемированный отростокъ, спускавшійся въ малый тазъ; стѣнки его были рыхлы и рвались при выдѣленіи; вершину его пришлось выскоблить ложечкой.

Пять больныхъ, поступившихъ въ остромъ стадіи, не были подвергнуты операциі, т. к. явленія аппендицита были выражены у нихъ сравнительно слабо. Во всѣхъ этихъ 5 случ. приступъ миновалъ совершенно благополучно.

Число приступовъ, предшествовавшихъ операциі въ холодномъ періодѣ, колеблется въ весьма широкихъ предѣлахъ. Такъ, одинъ больной жаловался на припадki болѣе въ правой половинѣ живота въ теченіе послѣднихъ 20-ти лѣтъ; вначалѣ припадki бывали 1 разъ въ годъ, дальше — чаще, а за послѣдній годъ — каждый мѣсяцъ; при операциі отростокъ — тонкій и длинный — оказался свободнымъ отъ сращеній; лишь отдѣльные 2 тяжа прикрѣпляли его къ слѣпой кишкѣ и къ передней брюшной стѣнкѣ. Подобнымъ же образомъ многочисленные приступы въ теченіе ряда лѣтъ (10 л., 9 л., 7 л.) отмѣчены и другими больными.

Въ общемъ непосредственно передъ операцией налицо нерѣдко были лишь незначительныя явленія (небольшая боль при давленіи въ правой подвздошной обл., резистентность въ этомъ мѣстѣ, иногда удавалось ощупать тяжъ, болѣе или менѣе плотный), а между тѣмъ (какъ было, напр., въ одномъ случаѣ прободнаго аппендицита) измѣненія отростка были выражены очень рѣзко; и, обратно, въ одномъ случаѣ отмѣчена сильная боль при давленіи въ области, соотв. точкѣ Mac Burney, оцунываніемъ опредѣлялся какъ бы инфильтратъ въ этой области, операция же обнаружила отсутствіе инфильтрата и отсутствіе видимыхъ измѣненій отростка.

<sup>1)</sup> Одинъ изъ этихъ случаевъ наблюдался и оперированъ былъ въ гинекологическомъ клиническомъ отдѣленіи больницы; отростокъ удаленъ былъ вмѣстѣ съ правыми придатками, въ одинъ пріемъ съ надвлагалищной ампутаціей фиброзной матки.



Изъ 31 случ. удаленія отростка въ 17 примѣнено общее обезболиваніе (въ 13-ти — эфирно-хлороформное, въ 4-хъ — чисто эфирное), а въ 14-ти — мѣстное.

Техника операциі оставалась въ существенныхъ чертахъ прежней, если не считать небольшого видоизмѣненія, практиковавшагося А. В. Мартыновымъ въ послѣднее время. По выдѣленіи отростка и пересѣченіи брыжейки его основаніе отростка захватывается между 2-мя зажимами и между ними пересѣкается; срѣзь основанія отростка тотчасъ же смазывается іодной настойкой; затѣмъ приступаютъ къ наложенію шва на серозную слѣпой кишки вблизи основанія отростка. Шовъ этотъ накладывается не по типу кисетнаго, а по типу простого непрерывнаго; стежки этого шва протягиваются вначалѣ поверхъ пинцета совсѣмъ слабо, съ одной стороны пинцета по другую. Только послѣ наложенія 4—5 такихъ стежковъ шовъ затягивается; помощникъ при этомъ углубляетъ клювъ пинцета вглубь (внутри) слѣпой кишки и снимаетъ пинцетъ. Послѣ того оба конца шва связываются, чѣмъ достигается сближеніе серозной кишки надъ мѣстомъ отсѣченнаго отростка сразу въ двухъ направленіяхъ. Наконецъ, въ качествѣ вспомогательныхъ, накладывается еще нѣсколько швовъ на серозную слѣпой кишки.

Въ остальномъ, что касается техники операциі, а равно до и послѣ операционнаго ухода, измѣненій по сравненію съ прошлымъ годомъ нѣтъ (см. Ежегодникъ Имп. Екат. б-цы, вып. 1-й. Москва 1907. Стран. 208).

Длина удаленнаго отростка отмѣчена въ 23-хъ случ. Наибольшая изъ отмѣченныхъ цифръ длины отростка  $10\frac{1}{2}$  сант. — относится къ самой молодой изъ бывшихъ у насъ больныхъ аппендицитомъ — 17-ти лѣтней дѣв. Въ двухъ случ. (больные 24-хъ и 29 л.) длина отростка равнялась 10 сан. Далѣе слѣдуютъ цифры:  $9\frac{1}{2}$  сант., 9,  $7\frac{1}{2}$  (въ 3-хъ случ.), 7 (въ 2-хъ случ.),  $6\frac{1}{2}$  (въ 3-хъ случ.), 6 (въ 3-хъ случ.),  $5\frac{1}{2}$  (въ 2-хъ случ.), 5,  $4\frac{1}{2}$ , 4 и 3 и, наконецъ, 2 сант. Послѣдній случай относится къ студенту 22-хъ лѣтъ; короткій отростокъ его продолжался въ видѣ рубцоваго тяжа кнутри и книзу.

Патолого-анатомическое (микроскопическое) изслѣдованіе удаленныхъ отростковъ произведено въ 23-хъ случ. Въ большинствѣ случ. (15) обнаружены были слѣды хроническаго воспаленія, болѣе или менѣе далеко зашедшаго, въ смыслѣ разрастанія соединительной ткани, запусканія сосудовъ, атрофіи слизистаго и подслизистаго слоевъ. Склерозъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ охватывалъ не весь поперечникъ отростка, но по преимуществу или исключительно одну какую-либо стѣнку отростка. По одному случаю относятся къ слѣд. находкамъ (подъ микроскопомъ): катарральное воспаленіе, набухлость фолликуловъ и слущиваніе эпителія, кругло-клеточный инфильтратъ въ подсерозномъ слоѣ, гиперемія подслизистаго слоя и кровоизліянія въ слизистую, острия воспалительныя измѣненія всѣхъ слоевъ (отростокъ



былъ на срединѣ протяженія изъязвленъ). Наконецъ, въ 3-хъ случ. микроскопическое изслѣдованіе обнаружило норм. ткань отростка (одинъ изъ этихъ случ. относится къ самому длинному изъ удаленныхъ отростковъ—въ  $10\frac{1}{2}$  сант.).

Бактеріологическое изслѣдованіе (посѣвы содержамаго отростка на агаръ - агаръ и бульонъ) произведено въ 21 случ. Въ 6 случ. оно оказалось отрицательнымъ; посѣвы никакого роста не дали. Въ 13-ти случ. обнаружена кишечная палочка; въ 1-мъ изъ этихъ случаевъ она была въ сочетаніи съ диплококкомъ; это былъ одинъ изъ 2-хъ нашихъ случ. прободного аппендицита.

Въ 2-хъ случ. посѣвы дали множество различныхъ видовъ палочекъ, ближе не дифференцированныхъ.

Что касается теченія болѣзни послѣ удаленія отростка, то обычно оно было вполне благопріятнымъ: съ первымъ натяженіемъ ранъ. Исключеніе составляютъ, въ смыслѣ ближайшаго послѣ операціи теченія, 2 случая прободного аппендицита, случай, въ которомъ найденъ былъ изъязвленный отростокъ, обнаружившій подъ микроскопомъ слѣды остраго воспаленія, случай (помянутый выше), въ которомъ верхушку отростка пришлось удалять острой ложечкой, и, наконецъ, случай аппендицита съ одновременнымъ заболѣваніемъ женскихъ половыхъ органовъ. Въ этихъ 5-ти случ. къ мѣсту удаленнаго отростка заведены были выпускники; раны послѣ болѣе или менѣе обильнаго выдѣленія гноя зажили путемъ гранулированія. За всѣмъ тѣмъ больные выписались въ одинаково хорошемъ состояніи, какъ и тѣ, у которыхъ заживленіе шло безпрепятственно. Неожиданныя осложненія въ послѣоперационномъ теченіи, представили слѣдующіе 3 больныхъ: 1) на другой день послѣ благополучно перенесенной операціи у больной черезъ газоотводную трубку, введенную въ прямую кишку, выдѣлилась кровянистая жидкость, а на 4-й день послѣ клизмы выдѣлилась жидкость съ значительной примѣсью крови; въ дальнѣйшемъ все правильно, теченіе раны безъ осложненій; 2) безъ видимой связи съ мѣстомъ операціи и безъ нарушенія теченія раны у больного появились неблагопріятныя явленія со стороны мочевыхъ органовъ, сначала въ видѣ задержки и застаиванія мочи, затѣмъ въ видѣ гнойнаго правостор. паранефрита, на почвѣ, повидимому, камней мочеточника (объ этомъ случаѣ подробнѣе въ отдѣлѣ болѣзней мочевыхъ органовъ); 3) наконецъ, въ одномъ случаѣ осложненія постигли самое мѣсто разрѣза наружныхъ покрововъ: одновременно съ повышеніемъ температуры и съ появленіемъ хриповъ въ легкихъ появилась разлитая краснота около раны; края ея посѣрѣли и стали некротизироваться; все это сопровождалось учащеніемъ и ослабленіемъ пульса, тяжелыми общими явленіями. Бактеріологическое изслѣдованіе отдѣляемаго раны дало стафилококкъ. Очищеніе и заживаніе раны подвигалось очень медленно. Больной выписался лишь черезъ мѣсяцъ, поправившись въ

смыслъ общаго состоянія, но съ незажившей раной наружныхъ покрововъ.

#### V. Болѣзни конечностей — 67 чел. (40 муж., 20 женщ., 7 дѣт.).

Травматическихъ поврежденій — 33, воспалительныхъ — 29, новообразованій — 4 и врожденныхъ недостатковъ — 1.

I. Больныхъ съ *травматическими* поврежденіями было 33 (26 муж., 6 жен. и 1 дѣтей). Изъ этого числа 20 случаевъ приходится на больныхъ съ нарушеніемъ цѣлости костей.

1 случай приходится на переломъ ключицы, у него же переломъ предплечья, 1 на переломъ предплечья и у него же переломъ нижней челюсти, 1 на хирургическую шейку плеча, 2 на кости предплечья, 1 на шейку бедра, 2 на бедро, 1 на надколѣнную чашку и 11 на кости голени. По роду переломовъ — 15 закрытыхъ, изъ нихъ 1 оскольчатый; 4 открытыхъ съ разможженіемъ тканей. 1 больной находился на излѣченіи по поводу несросшагося перелома костей голени.

Среднее число дней, проведенныхъ больными въ клиникѣ при закрытыхъ переломахъ, равнялось 37,6 дня, при открытыхъ 56,8 дня. Причина перелома костей въ 10 случаяхъ — паденіе, въ 3 — ударъ лошады, въ 1 — ударъ по конечности упавшей съ крыши глыбой льда, въ 2 — попаденіе подъ вагонъ трамвая, по 1 — попаденіе въ машину на фабрику и подъ поѣздъ желѣзн. дороги; въ 2-хъ случаяхъ причина перелома костей была не выяснена.

Лѣчение переломовъ велось попрежнему (см. Ежегодникъ, выпускъ 1, стр. 212).

Сращеніе наступило вполне правильное въ 11 случаяхъ; въ 1 — переломъ костей голени, происшедшій 1½ мѣс. до поступленія въ больницу, полной консолидаціи костей не получилось.

Въ 7 случаяхъ прибѣгали къ наркозу; для выясненія діагноза — 1, для наложенія повязки послѣ приданія правильнаго положенія отломкамъ костей — 1, для производства кровавыхъ операцій — 5. Операціи были произведены въ слѣдующихъ случаяхъ:

Fractura patellae. Больной В. Ц., 41 г., 15 марта упалъ на правое колѣно, при чемъ образовалась въ колѣнѣ большихъ размѣровъ опухоль. Черезъ 4 недѣли началъ ходить, но поднять вытянутую конечность не можетъ, разогнуть согнутую въ колѣнѣ безъ помощи рукъ не можетъ. Хромаетъ. Колѣнная чашка въ видѣ двухъ отломковъ — верхняго и нижняго, отстоящихъ другъ отъ друга на 5 сант. Сблизить отломки не удастся. 12 окт. черезъ 7 мѣс. послѣ перелома, операція. Поперечный разрѣзъ кожи, шелковые швы на разорванныя боковыя части сумки; на отломки 2 серебр. шва. Гипсовая повязка. Черезъ 3 недѣли снята гипсовая повязка. Кожные швы (кѣтгутъ) разсосались. Отломки patellae подвижны. Массажъ: разрѣшено черезъ 10 дней ходить на костыляхъ.

Выбылъ 23 ноября, отломки чашки почти соприкасаются, но подвижны; функція улучшилась: ходить свободно на лѣстницу, поднимаетъ вытянутую конечность.

Въ 2-хъ случаяхъ операція была произведена при осложненныхъ съ разможженіемъ тканей переломахъ костей голени. Въ обоихъ —

ампутация бедра с благополучным исходом и правильным течением. В 4-м случае операция была произведена по поводу раздробления костей левой ручной кисти с размождением мягких тканей.

В 5-м операция осталась безрезультатна. Случай этот следующий:

Прошлое больного: в феврале 1904 г. (отбывал военную службу) неожиданно почувствовал с внутренней поверхности нижней трети голени сильную боль. По снятии сапога оказалась половина голени, начиная с голеностопного сустава, сильно опухшей. Кожн. покровы не изменены. Т<sup>о</sup>—N. При давлении боль, при чем оставалась ямка от давящего пальца. Голеност. сустав функционировал нормально. Больному начали делать согрев. компрессы. Опухоль постепенно, в продолжение 2 месяцев, спала совершенно. И только после этого заметили, что голень образует на нижней трети дугу, открытую внутрь. Больной начал ходить; положение ноги не изменялось, но всегда с тех пор чувствует боль при ходьбе.

Настоящее состояние: правая голень в нижней трети бедра представляется изогнутой, образуя тупой угол, открытый внутрь. Общ. конечности одинаковой длины, также и общ. голени. Больной ступает при ходьбе не на всю правую подошву, а на наружную ее половину. Ходит хромая. При ощупывании голени имеется на границе нижней трети со средней с наружной стороны большой берцовой кости мозоль, довольно значительной величины; с внутренней стороны она едва прощупывается. Малая берцовая кость представляется на уровне этих мозолей несколько шероховатой. При ощупывании больной болей не ощущает. На месте мозолей иногда получается ощущение легкой крепитации, но ощутимое передвижение костей вызвать не удается.

Все суставы функц. нормально.

Лечение: на 11-й день операция. Разрез кожи по передней поверхности б. берцовой кости; выделение отломков. Выведение их в рану, с переломом fibulae. Верхняя часть tibiae в латеральной стороне нормальна, в медиальной рвется скальпелем.

Нижний отломок имеет очень узкую костно-мозговую полость, сильно утолщенную. Отломки освещены, fibula укорочена. Металлический шов. Тампоны. Гипсовая повязка.

Выбыл больной 2 июня с прежней подвижностью в месте операции.

Больных с разрывом связочного аппарата голеностопного сустава было 2 и с ушибом конечностей 3. Больные лечились массажем, ваннами, и по истечении 2—3 недель со дня поступления выписались здоровыми.

Больных с различного рода ранениями находилось на лечении — 8, из них 1 с огнестрельным ранением левого плеча, 2 больных с резаными ранами рук и 1 с результатом ранения п. п. radialis и ulnaris во время прежде бывшей операции, и, наконец, в 4 случаях были ушибленно-рваные раны в области предплечья (3) и (1) в области бедра.

В 2-х случаях ранения были нанесены посторонней рукой и в 6 случаях — ранения нечаянные.

Разрыв длинной головки двуглавой мышцы.

Больной И. Б., 42 л., ломовой извозчик. 7 лет назад ушиб правого плеча, с тех пор боль при поднимании руки. Год тому назад после усиленной работы заметил посредине правого плеча опухоль с куриное яйцо. Опухоль не болела и заметно не увеличивалась, но сила в руке значительно понизилась.

St. praehens. На правом плече спереди, несколько ниже середины, заметна опухоль с куриное яйцо. Опухоль мягкой консистенции, легко подвижна вправо и влево, вверх

и внизъ малоподвижна. Вверху опухоль переходитъ въ плотный тяжъ, уходящій подъ край *m. pectoralis majoris*.

При сокращеніи сгибателей консистенція опухоли становится плотнѣе и на ней выдѣляется придатокъ въ видѣ завитка. Длинная головка *musc. bicipitis* отсутствуетъ.

Подвижность въ плечевомъ суставѣ активная и пассивная нормальна. При поднятіи тяжести правое плечо прижимается къ туловищу. Сила правой и лѣвой руки: вытянутой впередъ рукой поднимаетъ лѣвой 20,5 фун., правой — 7,5 ф.; вверхъ лѣвой — 14 ф., правой — 3,75 ф.

Работа сгибателей лѣвой = 1 п. 27,5 ф., правой = 1 п. 20 ф.

*Операция.* Подъ наркозомъ разрѣзъ по передней поверхности плеча, начиная отъ *collis chir.* и до нижней трети. Верхне-наружная часть волоконъ мышцы, относящейся къ длинной головкѣ *musc. bicipitis*, оканчивалась въ полной фиброзной ткани, образуя ту опухоль, которая была видна подъ кожными покровами въ видѣ завитка. Небольшая часть внутреннихъ волоконъ соединялась съ фибрознымъ шнуромъ, переходившимъ непосредственно въ сухожиліе длинной головки. Сухожиліе отрѣзано отъ фибрознаго шнура, часть фиброзной ткани изсѣчена, слегка разсѣчены продольно-мышечныя волокна и въ разрѣзъ вшито нѣсколькими шелковыми швами сухожиліе.

Фиброзный тяжъ прикрѣпленъ къ сухожилію нѣсколько выше. Узловатыя швы на апоневрозъ и на кожу. Рука въ шинѣ подъ прямымъ угломъ. Крахмальная повязка. Черезъ 13 сутокъ швы сняты. *Prima intentio*. Пассивныя движенія руки. 2 января 1908 г. выбылъ.

30 марта 1908 г. Боли въ рукѣ нѣтъ. Завитка при сокращеніи не получается. Сила правой руки, вытянутой впередъ, поднимаетъ 2,75 ф., вверхъ 2 ф.

Изъ числа остальныхъ 3 случая представляютъ обширныя раненія въ различныхъ областяхъ тѣла. Протекали всѣ благополучно.

## II. Воспалительныя заболѣванія — 29 чел. (муж. — 18, женщ. — 11).

Глубокихъ флегмонъ было 4. Отдѣляемое въ 2 случаяхъ показало присутствіе стафилококка и въ 2-хъ стрептококка. 2 случая оперировались подъ общимъ наркозомъ и 2 подъ мѣстной анестезіей. Во всѣхъ случаяхъ выздоровленіе. По мѣсту нахождения гнойниковъ приходится 2 на верхнюю конечность и 2 на нижнюю. Больныхъ съ болѣзнями суставовъ лѣчилось — 8, изъ нихъ въ 7 случаяхъ было туберкулезное пораженіе и въ 1-мъ нетуберкулезное воспаленіе (*Synovitis genu*).

Изъ числа туберкулезныхъ пораженій суставовъ 1 случай приходится на плечевой суставъ, 4 на колѣнный и 2 на тазобедренный. Кроме того, въ 1 случаѣ было туберкулезное пораженіе діафиза луча и въ 1 случаѣ костей стопы.

Больные были въ возрастѣ 14 — 28 лѣтъ. Въ 1 случаѣ была произведена резекція головки плечевой кости. Больная выписалась изъ клиники черезъ 38 дней послѣ операціи съ оставшеюся небольшою полостью въ мѣстѣ операціи. Въ 2-хъ случаяхъ резекція колѣннаго сустава. 1-й больной выбылъ черезъ 50 дней послѣ операціи. Кости срослись прочно, подвижности нѣтъ. 2-й больной выбылъ черезъ 46 дней. Получилась полная консолидація костей, въ 2-хъ резекція сохае. Оба больныхъ вышли съ хорошимъ исходомъ — одинъ въ шинѣ Вригса, съ зажившей раной, другой съ костылемъ, при чемъ въ мѣстѣ операціи остался небольшою свищевой ходъ. Боли въ конечности не было. Т<sup>0</sup> у обоихъ нормальная.

Всѣ случаи оперировались подъ общимъ наркозомъ.

Случай туберкулезнаго синовита лѣчился вначалѣ выпусканіемъ чрезъ шприцъ изъ полости сустава экссудата гноя и выпрыскиванія въ суставъ іодоформной эмульсии, а въ по-

слѣдующемъ вмѣсто йодоформной эмульсии впрыскивали въ суставъ *samphor.—naphtol.*, но безъ успѣха. Выбылъ безъ улучшенія. Въ 1 случаѣ туб. синовиита послѣ примѣненія шины Волковича боли исчезли и б. выписался чрезъ 6 недѣль.

Остальные 2 случая (*Tbc. radii* и *ossium pedis*) были излѣчены выскабливаніемъ острой ложкой пораженныхъ костей. Изъ всѣхъ туберкулезныхъ случаевъ въ 5 можно отмѣтить наслѣдственность.

Въ одномъ случаѣ было множественное заболѣваніе слизистыхъ околосуставныхъ сумокъ.

*Bursitis hypertrophica genu utriusque et femoris dextr.* Въ первомъ случаѣ получилось излѣченіе (салициловые препараты и давящая повязка въ теченіе 2-хъ недѣль). 2-й случай былъ излѣченъ оперативно. Опухоли удалены. Лѣвая опухоль отдѣлялась отъ надколѣнника слоемъ рыхлой кѣтъчатки. Между правой опухолью и надколѣнникомъ находилась другая впереди *lig. patellae proprii*, удаленная изъ того же разрѣза. Въ области праваго большаго вертела продольный разрѣзъ 5 сан., удалена опухоль и разросшаяся боковая часть *bursae trochantericae*. Сумка удалена вся. Микроск. изслѣд.: чрезмѣрное утолщеніе синовиальной оболочки, утолщенные стѣнки сосудовъ, мѣстами круглокѣтчатый инфильтратъ.

Больныхъ съ хронически протекавшимъ *osteomyelit'омъ* и *necros'омъ* костей было 7; 4 больнымъ съ затяжнымъ *osteomyel.* была произведена операція вскрытія свищевыхъ ходовъ, выскабливанія грануляцій и въ 3-хъ случаяхъ удаленія секвестровъ. Всѣ больные выздоровѣли. 1 больной отказался отъ операціи и выбылъ безъ улучшенія.

1 больной съ контрактурой мизинца.

Контрактура образовалась послѣ ушиба металлическимъ крючкомъ мягкихъ тканей основной фаланги мизинца. Операція подъ мѣстной анестезіей устранила этотъ недостатокъ, и больной выбылъ здоровымъ.

1 случай рубцоваго стяженія руки послѣ ожога.

Подъ общимъ наркозомъ рубецъ былъ изсѣченъ, часть раны закрыта кожнымъ лоскутомъ, а на оставшуюся часть была произведена пересадка по *Thiersch'y*.

Случай „*Arthropatia tabetica genu sin*“, лѣченный оперативно, положительнаго результата не далъ.

Больной С. П., конторщикъ, 48 лѣтъ. Въ роду есть алкоголики — 2 родныхъ брата. Психическихъ, нервныхъ заболѣваній, сифилиса, туберкулеза въ роду не отмѣчается. *Lues* отрицаетъ. У жены 2 выкидыша. Во время „Ходынки“, въ 1896 году, съ больнымъ случился припадокъ, при чемъ правая рука и лѣвая нога были парализованы. Передъ припадкомъ угнетенное состояніе, головная боль. Болѣлъ 5 недѣль, послѣ чего оправился. Въ августѣ 1904 года неожиданно опухли и затвердѣли икроножныя мышцы лѣвой конечности. Болей не было. Владѣлъ конечностью свободно. Лѣчился втираніями ртутной мази. Все прошло неожиданно, какъ и началось.

Въ ноябрѣ 1904 г. больной влѣзалъ въ извозничьи сани и сильно оперся всѣмъ корпусомъ на лѣвую ногу, при чемъ лѣвое колѣно неожиданно вывернулось наружу. Больной впалъ въ безсознательное состояніе. Минуть черезъ 30 пришелъ въ себя. Въ квартиру внесли. По совѣту врача сталъ пользоваться, въ виду разболтанности колѣннаго сустава, аппаратомъ. Боли не было. Черезъ 2 мѣсяца появились летучія боли въ конечности 2—3 раза въ недѣлю, держались отъ 1/2 часа до 12 часовъ и имѣли стрѣляющій характеръ. Боли сосредоточивались исключительно въ ногахъ. Послѣдніе 2 года разстройство

мочеиспускания: 3 — 4 раза въ мѣсяцъ произвольное мочеиспускание. Съ годъ замѣчастъ паденіе зрѣнія. Частые поносы.

*St. praesens.* Питаніе удовлетворительное, языкъ обложенъ, глотаніе свободно, почки — N. Въ легкихъ норма. Границы сердца нормальны, тоны чисты, шумовъ нѣтъ, пульсъ 110 въ 1 м. Сосуды жестковаты. Отмѣчаются: летучія боли, упадокъ зрѣнія. Зрачки сужены и не реагируютъ на свѣтъ, разницы въ зрачкахъ не замѣтно, небольшой ptosis. Рефлексы колѣнный и Ахилловъ отсутствуютъ, подошвенный сохраненъ. Во время передвиженія больной слѣдитъ глазами за своими ногами изъ боязни упасть, при чемъ ступаетъ пятками. Симптомъ *Romberga* ясно выраженъ.

Мышечное чувство разстроено, — путается въ опредѣленіи пассивныхъ движеній. При закрытыхъ глазахъ не можетъ пяткой одной ноги попасть на колѣно другой, или пальцемъ руки на кончикъ носа. Всѣ виды чувствительности — тактильное, болевое, термическое ослаблены внизъ отъ колѣна. Разстроено мочеиспускание, по временамъ разстройство акта дефекаціи. Ослабленіе памяти, забывчивость. Вся лѣвая конечность, когда больной лежитъ, нѣсколько отведена кнаружи. Мускулатура, особенно въ нижней трети бедра, сильно атрофирована. Кожные покровы въ цвѣтѣ не измѣнены. На колѣнѣ имѣются расширенныя вены. На наружной поверхности колѣна свѣжій пролежень съ серебряный пятачокъ и рубецъ отъ зажившаго круглой формы, діам. 1,5 сант.

Длина правой конечности 81 с., лѣвой 79 с.

Лѣвый колѣнный суставъ потерялъ свои очертанія и представляется неравномѣрно припухшимъ. Припуханіе идетъ на счетъ измѣненія сочленовныхъ поверхностей, главнымъ образомъ — костей голени.

При ощупываніи внутренней поверхности колѣннаго сустава разросшаяся часть кости легко смѣщается въ боковыхъ направленіяхъ. Суставъ безболѣзненъ. Активные движенія сохранены, но, кромѣ того, имѣются ненормальныя движенія въ боковыхъ направленіяхъ, при чемъ всей конечности можно придать то тупой уголъ, то открытый кнутри, то кнаружи, то кпереди. При движеніяхъ въ колѣнѣ слышится хрустъ костей.

27 февраля 1908 г. подъ общимъ наркозомъ поперечный разрѣзъ тотчасъ ниже надколѣнной чашки. По вскрытіи сустава вылилось около стакана синовиальной жидкости. Полость сустава представляется увеличенной вслѣдствіе разрастанія боковыхъ частей эпифизовъ. Синовиальная оболочка утолщена, кожиста, покрыта массой хрящеватыхъ разрастаній, отчасти лежащихъ свободно въ полости сустава.

Не существуетъ ни слизистыхъ, ни крестообразныхъ связокъ. Эпифизы бедра и голени обезображены: частью имѣются разрастанія по периферіи (нѣкоторыя подвижны), частью выражена атрофія. Часть синовиальной и измѣненныхъ костей удалена.

Резекція эпифизовъ. Металлическій шовъ. Швы на кожу. Гипсовая повязка.

Первые дни послѣ операциі <sup>10</sup> была слегка повышена. На 3-й день произвольное мочеиспускание, на 5-й задержка. Моча щелочная. Назначено промываніе пузыря *Arg. nitr.*

Къ 14 марта моча слабокислая, приступы болей въ пузырь.

8 мая 1908 г. выбылъ безъ улущенія. Сращенія не получилось.

Было 3 случая сухой гангрены, 2 у мужчинъ и 1 у женщины. Всѣ больные были въ возрастѣ 36, 48 и 57 лѣтъ. Въ 2 случаяхъ, у мужчины, была произведена операция удаленія голени въ верхней трети. Оба случая окончились выздоровленіемъ.

Въ случаѣ гангрены пальца на правой стопѣ у женщины дѣло обошлось безъ операциі.

Во всѣхъ случаяхъ былъ рѣзко выраженъ артеріосклерозъ.

Въ одномъ случаѣ было произведено изсѣченіе расширенныхъ участковъ венъ на обѣихъ конечностяхъ въ 2 приема.

Сосуды перевязывались катгутомъ. 1 случай былъ съ воспаленіемъ поверхностныхъ венъ нижней конечности у больной, оперированной по поводу грыжи на другой сторонѣ.

### *III. Новообразованія.*

Больныхъ съ доброкачественными опухолями было 1 и съ злокачественными 3. Всѣ у мужчинъ; всѣ злокачественныя опухоли были саркомы. Въ 2-хъ случаяхъ опухоли принадлежали верхнимъ конечностямъ въ области предплечья и пястныхъ костей и 1 на нижней лѣвой голени. Во всѣхъ случаяхъ была примѣнена операція удаленія опухоли и въ одномъ — саркома, исходящая изъ пястныхъ костей, — ампутація предплечья. Всѣ оперированные были здоровыми.

Микроскопическое изслѣдованіе во всѣхъ случаяхъ подтвердило клиническую діагностику: во 2-мъ — *angiosarcoma* и въ 3-мъ — *sarcoma fusocellularae*.

Доброкачественная опухоль находилась на внутренней поверхности средней трети праваго бедра у больного, который ранѣе былъ оперированъ отъ подобной же опухоли на томъ же бедрѣ. Клинически была поставлена діагностика липомы. Микроскопическое изслѣдованіе подтвердило діагностику.

### *IV. Врожденные недостатки.*

Былъ всего 1 случай „*Pes equinus*“ у мальчика 8½ лѣтъ. Больной, такъ какъ у него въ больницѣ обнаружился коклюшъ, былъ выписанъ безъ операціи.

---

## Андрологическая клиника.

**Изъ недостатковъ врожденныхъ и приобретенныхъ** наблюдались—одинъ случай *epispadias penis* и четыре случая фимоза.

Въ случаѣ *epispadias* у крестьянина 26 лѣтъ, при нормальномъ вообще строеніи половыхъ органовъ, отсутствовала верхняя стѣнка *corporis cav. uret.* и мочеиспускательный каналъ открытъ сверху на всемъ протяженіи. Членъ направленъ кверху. Подъ общимъ наркозомъ ему былъ сдѣланъ первый актъ операціи по Duplay: поперечный разрѣзъ въ области симфиза для разсѣченія въ *lig. suspensorii penis*. Рана сшита продольно. Вырѣзано по полоскѣ кожи съ обѣихъ сторонъ уретры. Катетръ à demeure въ незашитую часть (верхнюю) канала. Вслѣдствіе эрекцій швы разошлись и уцѣлѣли лишь въ области головки. Въ виду закрытія клинки больной выписался до осени.

Что касается до больныхъ съ фимозомъ, то у двоихъ изъ нихъ послѣдній существовалъ отъ рожденія, а у двоихъ былъ приобретенъ—являясь послѣдствіемъ бывшаго ранѣе *ulcus molle*.

Во всѣхъ четырехъ случаяхъ подъ мѣстной анестезіей было произведено обрѣзаніе крайней плоти и оба листка ея—внутренній и наружный, соединялись кѣгутовыми швами.

Изъ другихъ заболѣваній крайней плоти наблюдался одинъ случай остроконечныхъ кондиломъ. Подъ общимъ наркозомъ крайняя плоть была обрѣзана, разрастанія удалены ножницами.

Острыхъ, ничѣмъ не осложненныхъ **уретритовъ** наблюдалось семь. Во всѣхъ случаяхъ въ выдѣленіи были обнаружены гонококки Neisser'a. По возрасту больные распредѣлялись такъ: одинъ—18 лѣтъ, двое—20, двое—21, по одному 25 и 29 лѣтъ. Средняя продолжительность пребывания въ клиникѣ равнялось 17 днямъ. Въ пяти случаяхъ мы имѣли дѣло съ вторичнымъ уретритомъ и въ двухъ случаяхъ съ первымъ. Лѣчение велось такъ: тотчасъ по поступленіи и по установленіи присутствія въ выдѣленіи гонококковъ Neisser'a назначался копаіскій бальзамъ или санталовое масло въ восходящихъ дозахъ: начиная отъ 5 капель×3 и до 20×3. Наружное отверстіе канала закладывалось гигроскопической ватой, которая по мѣрѣ смачиванія гноемъ удалялась больнымъ и смѣнялась чистой. На членъ при отечности его и частыхъ эрекціяхъ—свинцовая примочка. По исчезновеніи бурныхъ воспалительныхъ явленій—отека и рѣзи при мочеиспусканіи, продолжая давать внутрь бальзамическія средства, приступали къ впрыскиваніямъ въ переднюю часть канала раствора протаргола—справа 1/2%, затѣмъ 3/4% и 1% концентраціи—3 раза въ день; предварительно заставляли больного помочиться. По исчезновеніи въ выдѣляемомъ



гоноккоковъ, по уменьшеніи количества гноя и по переходѣ выдѣленія изъ гнойной формы въ слизистую, назначалось обыкновенно вяжущее спринцеваніе по рецепту Ricord'a.

Въ этомъ стадіи болѣзни больные обыкновенно выписывались, получивъ наставленіе продолжать дома спринцеванія, принимать еще въ теченіе нѣкотораго времени бальзамическія, соблюдать діету, воздерживаться отъ сношеній и носить суспензорій.

Осложненій у этихъ семи больныхъ не было. Періуретритъ наблюдался въ одномъ случаѣ:

Крестьянинъ, 35 л., на третій день post coitum получилъ уретритъ, онъ тутъ же приступилъ къ спринцеваніямъ и черезъ недѣлю замѣтилъ у корня члена узелокъ, быстро увеличивавшійся, что сопровождалось подъемомъ температуры. Больной обратился въ клинику, гдѣ опухоль у корня члена, величиной съ грецкій орѣхъ, была вскрыта и въ гною обнаружены гоноккоки Neisser'a.

### Суженія мочеиспускательнаго канала.

Всѣхъ больныхъ было 30. Родъ занятій больныхъ былъ самый разнообразный. Лицъ рабочаго класса и занимающихся интеллигентнымъ трудомъ было поровну — по 15.

По возрасту больные распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

отъ 20 до 30 л. . . . .	11.
„ 30 „ 40 „ . . . . .	9.
„ 40 „ 50 „ . . . . .	4.
„ 50 „ 60 „ . . . . .	2.
Свыше 60 л. . . . .	4.

Наименьшій возрастъ 20 л., наибольшій—68.

Въ 11 случаяхъ было лишь одно суженіе, въ 12—два, въ 4—три, въ 2—четыре и въ одномъ—вся висячая часть канала представляла рядъ рубцовыхъ суженій.

Въ одномъ случаѣ причиной суженія была травма. Крестьянинъ 35 лѣтъ, въ пьяномъ видѣ, получилъ отъ товарища раненіе члена перочиннымъ ножомъ на разстояніи 2-хъ сантиметровъ отъ согопа glandis, при чемъ изъ полученнаго отъ разрѣза отверстія выходила моча. Больному былъ поставленъ катетеръ à demeure, послѣ чего рана затянулась; но на мѣстѣ бывшаго раненія развился линейный рубецъ, а въ corpus spongios. urethrae образовалось булавовидное утолщеніе, перешедшее на corpus cavernos penis, такъ что уретра въ данномъ мѣстѣ образовавшимися утолщеніями обхватывалась въ видѣ кольца и получилось суженіе канала. Его съ трудомъ удалось пройти инструментомъ самаго низшаго калибра и уже затѣмъ, постепеннымъ расширеніемъ, дойти до № 42 металлическаго бужа. Дальше расширеніе, въ силу неподатливости рубцовой ткани, стало невозможнымъ; отъ производства urethrothomiae int. больной отказался и былъ выписанъ изъ клиники съ наставленіемъ поддерживать расширеніе.

Всѣ остальные суженія были воспалительнаго происхожденія и зависѣли въ подавляющемъ большинствѣ случаевъ отъ перелоя, который былъ или налицо, или въ анамнезѣ.

Въ одномъ случаѣ суженіе развилось на почвѣ туберкулезнаго пораженія канала. Больной 20 л.; съ 12 лѣтнаго возраста у него впервые появилась съ мочою кровь, а въ

17 л. явилось задержание мочи и съ этого времени затрудненное мочеиспускание, 15 л.— *coxitis d. tbc.* 19 л. лѣвосторонній туберкулезный *epididymitis*. При поступленіи въ клинику было констатировано суженіе канала въ висячей части для № 15 и атрофія лѣвой доли предстательной железы.

Суженіе занимали *orif. ext.* въ 9 случаяхъ, висячую часть канала въ 10, у корня члена въ 5, луковичную часть въ 6, мѣсто перехода луковичной части въ перепончатую въ 14 и простатическую въ 11. Въ это число входятъ всѣ случаи суженій, принимая въ расчетъ и тѣ, гдѣ у одного и того же больного было по нѣскольку суженій.

Такъ называемыхъ непроходимыхъ суженій, т.-е. такихъ, гдѣ ни одинъ изъ мягкихъ инструментовъ, даже самаго низшаго калибра, взятыхъ въ отдѣльности, не могъ быть проведенъ черезъ суженное мѣсто, — было 4; суженій до № 10 скалы Шаррьера, т.-е. сильно выраженныхъ — 13; съ 10 до 20 № — 24; съ 20 до 24 — 17.

Изъ сопутствующихъ суженію страданій отмѣчалось въ 5 случаяхъ атрофія *prostatæ*, въ 4—*atonia vesicae*, въ 6—*epididymitis chr.*; въ 3—*incontinentio urinae*, въ 2—*pyelitis*, *retentio urinae*, *cystitis*, *urethritis* и по одному—*nephritis*, *prostatitis ac. et epididymitis t. b. c.*

Больной 29 л., бывшій студентъ, получилъ въ 18-лѣтнемъ возрастѣ перелой, затянувшійся на долгое время. Черезъ 3 года отъ начала болѣзни появилось затрудненіе при мочеиспусканіи, вялая, тонкая струя; явленія эти все прогрессировали и годъ назадъ моча стала итти уже по каплямъ. За послѣднія двѣ недѣли появилась боль въ заднемъ проходѣ и лихорадочное состояніе, вслѣдствіе остраго простатита, который вскорѣ вскрылся въ каналѣ. Было констатировано непроходимое суженіе *in parte bulbo-membranacea* и суженіе для № 15 въ висячей части канала. Въ виду невозможности пройти каналъ ни однимъ инструментомъ, былъ взятъ пучокъ, изъ котораго и удалось провести, послѣ нѣсколькихъ неудачныхъ попытокъ, самый тонкій бужъ, соотвѣтствующій № 1 Шаррьера, который и былъ оставленъ *à demeure*. Черезъ сутки провели № 5, который также оставался сутки, а затѣмъ № 8, 9, 10, послѣ котораго послѣдовательно оставлялись катетры *à demeure* №№ 12, 15, 17, 19 и уже затѣмъ приступили къ методическому расширенію канала металлическими бужами.

У второго больного, 47 л., исправника, 1-й перелой появился въ 19-лѣтнемъ возрастѣ; 25 л. перенесъ то же страданіе; 5 недѣль тому назадъ замѣтилъ, что моча стала итти тонкой, вялой струей, а иногда по каплямъ. 3 дня назадъ явилось задержание мочи, продолжавшееся 12 часовъ и прекратившееся послѣ неудачныхъ попытокъ врача пройти каналъ инструментами, послѣ которыхъ моча пошла сама, но черезъ сутки вновь задержалась и больной легъ въ клинику съ явленіями растянутого до пупка пузыря. Исслѣдованіе канала показало непроходимое суженіе; но, послѣ попытокъ пройти каналъ, больной, какъ и въ первый разъ, самопроизвольно опорожнилъ 800 к. с., послѣ чего удалось пройти изъ пучка № 6, который и былъ оставленъ *à demeure*, а на слѣдующій день былъ поставленъ шелковый катетеръ № 12, который черезъ сутки перемѣненъ на № 16 Mercier; затѣмъ №№ 18 и 20 Nelaton'a. Приступили къ методическому расширенію канала и довели его до № 50.

Третій случай — больной 61 года, фармацевтъ, перенесъ рядъ перелоевъ, изъ которыхъ 1-й былъ на 22 году жизни. 5 лѣтъ назадъ появилось истонченіе струи и болѣзненное мочеиспусканіе. Годъ назадъ явилось острое задержание мочи, прекратившееся послѣ введенія № 8 эластическаго бужа. Поступилъ въ клинику при наличности задержанія мочи въ пузырь и констатированіи непроходимаго суженія въ луковичной части канала. И здѣсь, какъ и въ предыдущихъ случаяхъ, удалось провести тонкій бужикъ изъ пучка; постепенно расширеніемъ въ одинъ сеансъ дошли до № 12 и поставили

а демеуге катетеръ того же размѣра; черезъ сутки его замѣнили № 15, затѣмъ №№ 18, 20, 21 и приступили къ методическому расширенію. У больного 33 л., конторщика, былъ также рядъ перелоевъ, начиная съ 17-лѣтняго возраста, а съ 29 л. появилось истонченіе струи и затрудненное мочеиспусканіе; 3 года назадъ по временамъ сталъ замѣчать недержаніе мочи какъ днемъ, такъ и ночью. Мочится по каплямъ. Каналь удалось пройти лишь тѣмъ же способомъ, какъ и во всѣхъ предыдущихъ случаяхъ. Больному, какъ и въ случаѣ 3-мъ, было произведено экстренное расширеніе эластическими бужами до № 16 и металлическими съ 30 до 40 № и поставили а демеуге катетеръ Merciere № 18, послѣ чего перешли къ методическому расширенію.

Случаевъ сильно выраженныхъ суженій, т.-е. такихъ, гдѣ возможно было провести бужъ по калибру не выше № 10, наблюдалось 13. Лѣченіе ихъ велось въ общемъ такъ же, какъ въ предыдущемъ году.

Время пребыванія больныхъ въ клиникѣ колебалось отъ 6 до 36 дней. Среднее число дней пребыванія равнялось 22. У большинства больныхъ лѣченіе прошло безъ всякихъ осложнений и больные выписывались изъ клиники поправившимися съ прекращеніемъ беспокоившихъ ихъ явленій, разстройствъ мочеиспусканія и съ наставленіемъ продолжать болѣе или менѣе долгое время методическое введеніе бужей, но черезъ болѣе продолжительные сроки, чѣмъ то дѣлалось въ клиникѣ.

Что касается осложнений, полученныхъ во время лѣченія, то въ 2-хъ случаяхъ, наблюдалось обостреніе раньше бывшаго нѣзлита, въ 2-хъ — раньше бывшаго эпидидимита и въ одномъ случаѣ, гдѣ у больного былъ налицо хроническій уретритъ, наблюдался urethrocystitis, прошедшій черезъ 8 дней; больной выписался съ совершенно свѣтлой мочой, заключающей лишь небольшое количество нитей. „Уретральная“ лихорадка была въ 2 случаяхъ; t° поднималась до 39° и падала черезъ день критически.

### Болѣзни яичекъ.

*Retentio testis*—1 случай. Мальчикъ 16 лѣтъ. Безпокоили боли въ лѣвомъ яичкѣ, задержавшемся въ паховомъ каналѣ. Операция: яичко по сю сторону паружнаго отверстія пахового канала, канатикъ и придатокъ въ паховомъ каналѣ. Яичко низвести въ мошонку не удалось; оно помѣщено за мышцами въ предбрюшинное пространство. *Prima intentio*.

*Orchido-epididymitis purulenta bilateralis*—1 случай у больного 51 года. Этиологія неизвестна. Разрѣзъ гнойниковъ, а затѣмъ правосторонняя кастрація. Выздоровленіе.

*Syphiloma testis*—2 случая. Въ первомъ случаѣ правосторонняя сифилома, во второмъ двухсторонняя. Въ томъ и другомъ случаѣ процессъ захватилъ и придатки. Въ первомъ случаѣ lues въ анамнезѣ, во второмъ lues отрицался. Въ первомъ случаѣ сразу начато специфическое лѣченіе; во второмъ сдѣланъ разрѣзъ съ удаленіемъ части опухоли; микроскопическое изслѣдованіе дало гумму; приступлено къ специфическому лѣченію. Значительное улучшеніе въ обоихъ случаяхъ.

*Hydrocele*—12 случаевъ: 10 съ правой стороны, 1 съ лѣвой и 1 двухстороннее. По возрасту больные распредѣлялись такъ: отъ 18 до 20 лѣтъ 4 больныхъ, между 20 и 30 гг.—5 больныхъ, одинъ 32 л., одинъ 58 и одинъ 68 лѣтъ. Перелой въ анамнезѣ у 3-хъ больныхъ, при чемъ у 2-хъ изъ нихъ было перелойное заболѣваніе при-

латка соответственной стороны. У 3-хъ больныхъ, какъ на причину hydrocele, можно указать на травму, у остальныхъ 6 этиологическаго момента для образованія hydrocele установить не удалось. Въ 2-хъ случаяхъ была сдѣлана операція посредствомъ прокола, выпускающаго жидкости и послѣдующаго впрыскиванія t-rae iodi въ полость tunicae vaginalis послѣ предварительной анестезиі 1<sup>0</sup>о кокаиномъ. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ выздоровленіе наступило послѣ перваго же прокола, въ другомъ пришлось еще 2 раза выпускать жидкость. Въ 10 случаяхъ операція по Jaboulay-Winkelman'у. Prima intentio—въ 6 случаяхъ; въ 3-хъ заживленіе per secundam вслѣдствіе нагноенія и въ одномъ вслѣдствіе кровотеченія, заставившаго удалить швы и тампонировать рану.

*Haematocoele dextra.*—1 случай у больного 31 года. Въ анамнезѣ перелой, лѣвосторонній эпидидимитъ и лѣвостороннее hydrocele, оперированное посредствомъ прокола и впрыскиванія въ полость tun. vaginalis t-rae iodi. Была произведена правосторонняя кастрація. Кромѣ крови въ полости tunic. vaginalis, въ самомъ яичкѣ найдена полость, выполненная кровянистою жидкостью. Изслѣдованіе показало большое развитіе сосудовъ въ оболочкахъ яичка. Заживленіе per primam.

*Periorchitis purul. sin.*—1 случай у больного 50 лѣтъ. Въ анамнезѣ у него лично венерическихъ болѣзней не было, у жены, повидимому, lues. Этиологія страданія не ясна. Нарывъ вскрытъ и рана лѣчилась обычнымъ порядкомъ.

*Spermatocele*—1 случай у больного 42 лѣтъ. Опухоль величиной съ голубиное яйцо, безболѣзненнаго характера, больному не причиняла. Больной переведенъ въ хирургическую клинику для операціи геморроя.

*Воспаленіе придатковъ яичка*—10 случаевъ, изъ нихъ 8 острыхъ, 2 хронич. Изъ первыхъ восьми 4 эпидидимита въ выдѣленіяхъ изъ уретры дали подъ микроскопомъ гонококки Neisser'a, въ трехъ случаяхъ послѣднихъ найти не удалось, хотя анамнезъ и указывалъ на бывшее гоноррейное заболѣваніе; наконецъ, въ послѣднемъ остромъ эпидидимитѣ въ мочѣ въ выдѣленіи изъ уретры найденъ diplococcus, 5 случаевъ лѣвосторонняго эпидидимита, 2—правосторонняго и 1—двухсторонняго. По возрасту больные распредѣлялись: отъ 20 до 30 лѣтъ—5 человѣкъ, отъ 30 до 40—2 и одинъ (диплококковое заболѣваніе) 48 л. Въ 5 случаяхъ помимо эпидидимита былъ urethritis chr., въ одномъ подострый уретритъ и въ одномъ острый; кромѣ того, въ трехъ наблюдалось воспаленіе сѣменнаго канатика, въ двухъ періорхитъ и въ одномъ простатитъ и воспаленіе мошонки. О лѣченіи—см. отчетъ 1907 г.

Что касается хроническихъ эпидидимитовъ, то оба, повидимому, туберкулезнаго происхожденія, — особенно это можно сказать про одинъ случай, гдѣ бациллы Коха хотя и не найдено, но придатокъ при кастраціи оказался казеозно перерожденнымъ, а на яичкѣ разсѣяны туберкулы. Отецъ послѣдняго больного умеръ отъ плеврита, кашлялъ.

Самъ больной страдалъ въ дѣтствѣ золотухой, съ 7 до 10 л. онанизмомъ. Coitus 18 л. 23 женился, одинъ его ребенокъ умеръ отъ рахита. 22 л. перелой, черезъ мѣсяць затвердѣніе въ нижнемъ полюсѣ яичка, величиной съ грецкій орѣхъ. Съ 1907 г. оно стало

увеличиваться, при чемъ болѣзненности не было, въ январѣ 1908 г. образовался нарывъ,— вышло гнойное отдѣляемое съ крупинками. Больному 30 лѣтъ. Кожа правой половины мошонки воспалена, имѣетъ свищевой ходъ, *vas defer.* утолщенъ, придатокъ большой, бугристый, простата въ правой долѣ атрофирована. Лѣвая мошонка съ орган. N. Подъ эфирнымъ наркозомъ произведена кастрація, *vas deferens* отсепарированъ, вытянутъ и отсѣченъ отдѣльно, на канатикъ шелковая лигатура. *Prima intentio.*

Второй больной, 27 л., боленъ воспаленіемъ лѣваго яичка <sup>1</sup>/<sub>2</sub> года. Двѣ недѣли назадъ образовался *abscessus* надъ лобкомъ, который далъ двѣ язвы. Оба придатка увеличены, плотно болѣзненны, лѣвый канатикъ бугристъ. Надъ лобкомъ язвы съ салынмъ дномъ, подрытыми краями; фистулезныхъ ходовъ нѣтъ. Въ анамнезѣ венерическихъ заболѣваній не имѣется. Мѣстно примѣнялся согревающій компрессъ, смазыв. *tin. iodi*, внутрь укрѣпляющія. Больной выписался съ уменьшившейся опухолью, съ хорошо гранулирующими язвами.

Заболѣваній мочевого пузыря наблюдалось 24; изъ нихъ въ 10 случаяхъ была каменная болѣзнь; по возрасту больные распредѣлялись такъ: 80 лѣтъ—одинъ, 63—двое, 54—одинъ, 30—37 л. трое, 18—одинъ, 4—6 л. двое.

По положенію: трое—крестьяне и одновременно самые молодые по возрасту—4—6—18 л., остальные 7—купцы, помѣщики.

Камни были по составу: фосфатовъ 6, оксалатъ 1, уратовъ 2, урофосфатъ 1.

Вѣсъ камней колебался отъ 0,3 до 20,0.

Камнедробленій произведено шесть; всѣ больные выписались поправившимися \*); время пребыванія въ клиникѣ колебалось отъ 6 до 19 дней, въ среднемъ—14 дней.

У одного больного, торговца, 37 лѣтъ, поступившаго въ клинику по поводу учащеннаго и очень вялаго мочеиспусканія, иногда по каплямъ, обнаружено суженіе въ *pars membranacea* для № 11 и *calc. ves. urinae*. По расширеніи уретры до № 58, почти наканунѣ операціи (больной готовился къ камнедробленію), произвольно вышелъ при мочеиспусканіи камень фосфатъ 1 с. въ діаметрѣ; цистоскопія обнаружила отсутствіе камня; слизистая гиперемирована. Съ удаленіемъ камня мочеиспусканіе сразу улучшилось.

*Sectio alta* произведена двумъ больнымъ.

I. Крестьянскій сынъ, 4 л., боленъ съ рожденія, при мочеиспусканіи плачетъ; послѣдніе мѣсяцы мочеиспусканіе участилось и стало очень болѣзненнымъ; принятъ въ клинику, гдѣ обнаруженъ *calc. ves. urin.*

*St. praesens:* хилый мальчикъ; лѣвая барабанная перепонка отсутствуетъ; выдѣляется изъ уха гной, среднее ухо выполнено грануляціями; остатки косточекъ; мочится каждые полчаса съ плачемъ; моча слабо-кислой реакціи; въ осадкѣ моче-кислый натръ, эпителий пузыря, лейкоциты, бактеріи, эритроциты, слѣды бѣлка; уд. вѣсъ 1010; *praeputium* удлинено, въ задней части уретры зондомъ прощупывается камень.

Подъ эфирнымъ наркозомъ, прошедшимъ безъ осложнений, произведена *sectio alta*; обнаружено 2 камня, величиной въ крупный орѣхъ; одинъ, сидѣвшій въ задней части уретры, имѣетъ грушевидную форму; камни—ураты со скорлупой изъ фосфатовъ; пузырь занитъ кѣтгутомъ наглухо, въ нижній уголь раны выпускникъ; катетеръ *à demeure* не былъ поставленъ.

Заживленіе *per primam intentionem*; на 5-й день послѣ операціи зализхорадилъ; повышенная <sup>t<sup>0</sup></sup> держалась 5—6 дней; въ мочѣ наблюдались зернистые, гѣлиповые, и изрѣдка эпителиальные цилиндры; лейкоциты.

\*) При цистоскопіи осколковъ камней не обнаружено.

Выписался на 17-й день послѣ операціи, поправившись: пополнилъ, мочеиспускание нормально, моча прозрачна.

II. Крестьянинъ, 32 л., послушникъ; съ дѣтства страдаетъ разстройствомъ мочеиспусканія. 21 г. приступъ лѣвосторонней почечной колики. 26 л. сдѣлано въ Константинополѣ камнедробленіе; двѣ недѣли назадъ приступъ правой почечной колики, послѣ чего появились учащенные позывы къ мочеиспусканію и боли въ головкѣ члена.

St. praesens: мочится 24 раза съ рѣзью; моча щелочна, мутна, съ осадкомъ, состоящимъ изъ лейкоцитовъ, фосфатовъ; пузырь вмѣщаетъ 45,0 жидкости; въ пузырь камень. Въ правой сторонѣ мошонки hydrocele, величиной съ голову младенца, просвѣчивающая.

31/xii подъ эфирно-хлороформнымъ наркозомъ sectio alta; удаленъ камень фосфатъ, вѣсомъ 20,0; слизистая пузыря рыхла, кровоточива; произведена тампонація пузыря, катетеръ à demeure; 2/i тампонъ удаленъ, моча выдѣляется въ рану; 19 i катетеръ удаленъ, моча въ рану не идетъ; 20/i приступъ правосторонней почечной колики, t<sup>o</sup> поднялась; 30/i t<sup>o</sup> упала, выдѣлилось большое количество гнойной мочи, часть которой прошла и въ рану надъ лобкомъ.

Катетеръ à demeure. 15/iii свищевой ходъ надъ лобкомъ закрылся, произведена подъ мѣстной анестезіей операція hydrocele; 24/iii швы удалены, получилась prima; 25/iii приступъ правосторонней почечной колики.

1/i произведена нефротомія; выдѣлилось значительное количество вонючаго гноя; тампонація полости и дренированіе ея.

8/iv больной скончался при явленіяхъ септикоуреміи.

Diagnosis anatomica: degeneratio adiposa cordis; aplasia renis sinistrae. Cystis renis sin. Pyelitis purulenta sin. Hypertrophia renis dext. Perinephritis purulenta; degeneratio renis parenchymatosa, pyonephritis dextra. Abscessus renis multiplices, urethritis purulenta; periurethritis. Calculi uretheris dextri. Cystitis chronica. Myrocystis.

Камнедробленіе, а затѣмъ операція „boutonnière“ произведены одному больному.

Крестьянскій мальчикъ, 6 л.; 4½ л. перенесъ корь; недѣлю назадъ сталъ часто мочиться съ плачемъ; 1½ сутокъ назадъ острое задержаніе мочи, длившееся нѣсколько часовъ. St. praesens: Острый бронхитъ; пузырь растянутъ, выстоитъ надъ лобкомъ на 2 поперечныхъ пальца; область лѣвой почки болѣзненна; мочится каждые 10—15 м. съ плачемъ подъ конецъ мочеиспусканія отъ боли въ членѣ; вынущено катетеромъ Mercier 300,0 кислой реакціи, уд. вѣса 1010, мутной, со слѣдами крови, мочи; бѣлка 3/40/100; во время катетеризаціи обнаруженъ камень въ задней части уретры.

24/i, на 6-й день по поступленіи, камень литотрипторомъ протолкнуть въ пузырь и раздробленъ, вѣсъ его 0,3, урать; на сутки катетеръ à demeure; 26/x обнаруженъ камень въ уретрѣ, въ задней ея части.

3/xi подъ эфирнымъ наркозомъ произведена sectio mediana, но камня не оказалось; повидимому, итинераріемъ онъ протолкнуть въ пузырь и при промываніи вымылся незамѣтно, какъ небольшой осколокъ, образовавшійся послѣ камнедробленія; черезъ 3 недѣли рана на промежности зажила; мочеиспусканіе у мальчика нормально, и онъ выписался здоровымъ.

### *Neoplasma vesicae urinae* — 3 случая.

I. Зажиточный крестьянинъ, 44 лѣтъ, поступилъ въ клинику по поводу кровавой мочи. Два гола назадъ замѣтилъ появленіе крови въ мочѣ безъ всякой видимой причины; черезъ 3 мѣсяца опять появилась кровавая моча и держалась около недѣли. Третій разъ появленіе кровавой мочи обнаружилъ спустя 9 мѣсяцевъ; крови въ мочѣ больше; выходили сгустки; такое состояніе въ продолженіе 10 дней; по совѣту врача прѣхалъ въ Москву и поступилъ въ клинику.

Status praesens. Кожа и слизистыя блѣдны. Уретра проходима для № 25; мочится 8—10 разъ въ сутки; моча мутно-краснаго цвѣта, слабо-кислой реакціи; въ осадкѣ эппи-

телій пузыря; лейкоциты, эритроциты; бѣлокъ; фибринъ. Цистоскопія обнаружила позади лѣваго мочеточника присутствіе ворсинчатой опухоли, сидящей на ножкѣ.

19 п подѣ эфирно-хлороформнымъ наркозомъ, въ положеніи Тренделенбурга, *sectio alta*; на рану *écarteur de Legueu*; въ лѣвой сторонѣ пузыря, кнаружи и кверху отъ мочеточника, на ножкѣ мелко-зернистая мягкая опухоль, величиной съ грецкій орѣхъ. Опухоль удалена при помощи ножницъ, вмѣстѣ со слизистой оболочкой; слизистая зашита кэтутомъ; пузырь зашитъ наглухо; въ нижній уголъ раны выпускникъ.

Катетеръ à demeure № 18.

21 хі удаленъ катетеръ; въ мочѣ кровь; часть мочи, незначительная, просачивается черезъ рану; 23 п моча безъ крови; катетеръ à demeure; 1 мч моча не проходитъ, повязка суха; 9 мч катетеръ удаленъ.

16 мч цистоскопія, показавшая отсутствіе разрастаній пузыря; 20 мч выписался здоровымъ.

*Микроскопическое изслѣдованіе* удаленной опухоли показало типичную картину *rappiloma vesicae urinae*.

Черезъ полгода, 20 сентября 1908 г., больной явился въ клинику: онъ выглядит хорошо; цистоскопія обнаружила здоровую слизистую пузыря; на мѣстѣ операціи слизистая блѣдная.

II. Мѣщанинъ, по занятію бухгалтеръ, 37 л., поступилъ въ клинику по поводу крови въ мочѣ и боли послѣ мочеиспусканія въ корнѣ члена.

2 мѣсяца назадъ упалъ съ велосипеда и сильно ушибъ животъ; 2 недѣли спустя замѣтилъ боль въ корнѣ члена по окончаніи акта мочеиспусканія и кровь въ мочѣ.

Наслѣдственность: отецъ умеръ отъ тбс. легкихъ; братъ отъ тбс. кишекъ.

Status praesens: Худой, блѣдный субъектъ; мочи 1800 к. с. кислой реакціи, слегка мутной, слѣды бѣлка; осадокъ значителенъ и состоитъ изъ лейкоцитовъ и эритроцитовъ; палочекъ Коха нѣтъ. Цистоскопія обнаружила присутствіе на днѣ пузыря плоской опухоли; слизистая кругомъ сильно гиперемирована.

19 хп подѣ эфирно-хлороформнымъ наркозомъ произведена *sectio alta*: на рану *écarteur de Legueu*; на днѣ пузыря, ближе къ лѣвому мочеточнику, но не захватывая его, лежитъ опухоль въ  $\frac{1}{2}$  грецкаго орѣха, плоская, довольно мягкой консистенціи, багрово-краснаго цвѣта, съ двумя бѣлыми пятнами. Опухоль захватывала слизистую и подслизистую. Она удалена; пузырь зашитъ наглухо; въ уголъ раны вставленъ выпускникъ.

20 хп больной мочится черезъ полчаса, съ рѣзью, моча содержитъ кровь; 22 хп выпускникъ удаленъ; мочится черезъ 1 часъ съ рѣзью.

26 хп мочится безъ крови и рѣзи 8 разъ въ сутки; 14 і выписался здоровымъ.

Микроскопическое изслѣдованіе удаленнаго: эпителий пузыря отсутствуетъ; молодая грануляціонная ткань, воспалительные инфильтраты. *Ulcus vesicae urinae (tuberculosum?)*.

III. Комиссіонеръ, 59 л., поступилъ въ клинику 22 марта по поводу кровавой мочи.

Наслѣдственность: братъ умеръ отъ рака печени.

Полгода назадъ мочеиспусканіе участилось, предшествовало *abusus in Baccho*; три мѣсяца назадъ появилась кровавая моча, держалась день, черезъ недѣлю появилась вновь и уже не прекращалась вплоть до поступленія въ клинику.

St. praesens. Худощавый, блѣдный субъектъ; мочится 15 разъ; моча кровавая со сгустками щелочной реакціи, уд. вѣсъ 1015; бѣлка 20<sup>мг</sup>, въ мочѣ значительный осадокъ, состоящій изъ эритроцитовъ, лейкоцитовъ, фибрина, эпителиальныхъ клѣтокъ съ крупнымъ пузырькообразнымъ ядромъ.

Трехкратная цистоскопія,—при чемъ одинъ разъ въ виду кровотеченія пузырь былъ наполненъ кислородомъ,—показала присутствіе кровотоочивой опухоли, съ широкимъ основаниемъ, покрытой бѣловатымъ хлопьевиднымъ налетомъ; опухоль находится въ лѣвой сторонѣ пузыря \*).

7 iv operatio: спинно-мозговая анестезія по Bier'y; впрыснуто 0,06 тропококанна;

\*) Послѣ цистоскопій съ кислородомъ моча ухудшилась, въ ней появился специфическій запахъ, осадокъ увеличился, наблюдалось какъ бы распаденіе опухоли.



получилось неполное обезболивание лѣвой половины мошонки и penis'a черезъ 15 минутъ; мѣстная анестезія по Шлейху; но въ виду общей сильной болѣзненности данъ общій эфирно-хлороформный наркозъ; произведена *sectio alta*; новообразованіе, величиной въ грецкій орѣхъ, съ широкимъ основаніемъ удалено ножницами, опухоль захватывала и мышцы пузыря; наложенъ одинъ катгутовый шовъ и пузырь тампонированъ вслѣдствіе кровотеченія; пузырь пришить къ мышцамъ. Катетеръ à demeure.

8 и 9-го повязка промокала кровью и кровянистой мочой; подъ кожу инъекціи адреналина, но безъ успѣха; 10-го повязка смѣнена и въ виду кровотеченія пузырь затампонированъ снова; 12-го въ виду того, что моча въ катетеръ не идетъ, введенъ въ пузырь дренажъ, который пришить къ кожѣ, края раны покрыты сѣрымъ налетомъ; смазываніе *tinct. iodi*: соляной растворъ подъ кожу; <sup>10</sup> 36,8 — 37,9; 16/iv рана очищается, большая часть мочи выдѣляется черезъ пузырьный дренажъ; 20-го грануляціи блѣды; изъ пузыря при перевязкѣ удаляются инкрустировавшіеся фибринозные и слизистыя частицы; больной замѣтно похудѣлъ; моча хотя безъ крови, но съ запахомъ, щелочной реакціи. 29/v черезъ образовавшійся свищъ идетъ моча лишь по каплямъ; большая часть мочи въ катетеръ; моча слабощелочной реакціи, безъ крови и запаха; 8 моча слабо кислой реакціи; въ свищъ не идетъ.

18/vi свищевой ходъ закрылся совершенно; больной выписался, моча мутна, слабо щелочной реакціи; крови не содержитъ, мочится больной отъ 12 до 18 разъ въ сутки.

*Микроскопическое изслѣдованіе* удаленной опухоли показало, что она состоитъ изъ узловъ и тяжей клѣточныхъ элементовъ, съ крупными пузырькообразными ядрами; эти узлы и тяжи лежатъ межъ мышечными волокнами. *Cancer vesicae urinariae*.

*Воспалительныхъ заболеванийъ* пузыря было 11 изъ нихъ *urethro-cystitis gonorrhoeica* въ одномъ случаѣ: студентъ 21 года заболѣлъ перелосмъ 20 л., лѣчился спринцеваніемъ; черезъ нѣкоторое время развились явленія *urethritis postica*; поправился; вторично перелой на 5 день *post coitum*; быстрое ухудшеніе болѣзни; поступилъ въ клинику.

*Status praesens*: изъ *urethrae* гнойное выдѣленіе съ гонококками, мочится каждый часъ, и чаще съ болью при послѣднихъ капляхъ, моча мутна, съ осадкомъ изъ лейкоцитовъ; обѣ порціи мочи мутны.

Лѣченіе: ванны, *emulsio omygd*; *ob. santal*; по исчезновеніи болей *instillatio* въ уретру и пузырь растворовъ протаргола <sup>1</sup> 4°/0 до 2°/0; выписался, поправившись, на четвертой недѣлѣ.

### *Cystitis tuberculosa* — 2 случая.

Часовщикъ, 19 лѣтъ, поступилъ въ клинику съ жалобой на учащенное, до 30 разъ въ сутки, болѣзненное мочеиспусканіе. *Anamnesis*: *Coitus* 16 л.; *abusus in Baccho* 18 л., задержалъ мочу въ теченіе 12 ч.; послѣ этого появилась сильная рѣзь при мочеиспусканіи и недержаніе мочи; послѣднее скоро исчезло и замѣнилось учащенными позывами. *St. praesens*: уретра не сужена, мочится 29 разъ съ сильной болью и рѣзью; моча кисла, осадокъ изъ лейкоцитовъ и мочеислаго натра; многократное изслѣдованіе на палочки Коха давало отрицательный результатъ. Цистоскопія обнаружила присутствіе въ пузырь язвъ, туберкулезнаго характера. Лѣченіе: ванны, миндальная эмульсія, впрыскиваніе въ пузырь 10°/0 гоменоя.

Боль и рѣзь при мочеиспусканіи остались, позывы стали рѣже.

Дворянинъ, комиссіонеръ, 27 лѣтъ, съ отцовской стороны — туберкулезная наследственность.

*Anamnesis*: 11 л. корь, 16 — 20 *masturbatio*.

*Coitus* 20 л. 24 лѣтъ, послѣ простуды на охотѣ, появился жаръ, знобъ, боль въ области правой почки; черезъ нѣкоторое время появилась кровь въ мочѣ, боли при мочеиспусканіи; поступилъ въ Ново-Екатерининскую больницу, гдѣ путемъ впрыскиванія мочи морской свинкѣ, погибшей затѣмъ отъ *tbc.*, констатирована у больного *perilop-pyelitis dextr. tuberculosa*; лѣчился лѣтомъ кумысомъ; осенью 1905 г. поступилъ въ клинику профессора Шервинскаго, откуда переведенъ въ Андрологическую клинику.

*Status praesens*: правая почка увеличена въ 2 раза, уплотненіе придатка яичка; *tbc.*



pulmonum, моча съ кровью; мутна \*\*); мочится часто съ болью; палочекъ Коха не найдено.

Diagnosis: Cystopyelitis tbc. dext.

Цистоскопія вслѣдствіе сильной болѣзненности не удалась. Производилось промываніе пузыря растворомъ сулемы 1:10000 и крѣпче.

Выписался черезъ 2 недѣли безъ улучшенія.

*Urethrocystitis* развившійся подъ вліяніемъ вторичной инъекціи послѣ перелоя. 3; больные поступали въ клинику съ учащеннымъ, каждые  $1\frac{1}{2}$  ч. —  $1\frac{1}{2}$  часа, мочеиспусканіемъ, болѣзненнымъ въ концѣ акта, мутной въ обѣихъ порціяхъ мочой \*\*); возрастъ больныхъ

Лѣченіе: внутрь уротропинъ 0,5 × 3, инстилляціи въ заднюю часть уретры и мочевого пузыря argenti nitrici раствора отъ  $1\frac{1}{4}\%$  до 2%, больные быстро поправились и выписались здоровыми спустя недѣлю, двѣ и три.

*Urethro-cysto pyelitis*, развившихся на почвѣ бывшей каменной болѣзни, 2 случая. Крестьянинъ, 29 л., мѣдникъ, поступилъ въ клинику вслѣдствіе болѣзненного и учащенного до 70 разъ въ сутки мочеиспусканія.

Anamnesis: coitus 19 л.; 20 л.— перелой съ epidid. sin.; 27 л.— разстройство мочеиспусканія; 28 л.— опредѣленъ calculus vesicae urinae; произведена операція камнедробленія въ Андрологической клиникѣ.

St. praesens: частое, болѣзненное мочеиспусканіе, моча мутна, слаб. щелочной реакціи, противный специфическій запахъ; въ осадкѣ—гной, эпителий пузыря, кровь; bacterium coli; диплококки, красящіеся по Граму; epidid. ch. bilat; простата атрофирована; цистоскопія обнаружила расширеніе обѣихъ отверстій мочеточниковъ; выдѣленіе мутной мочи; язвы на слизистой, которая тускла, разрыхлена; вмѣстимость пузыря уменьшена до 80,0.

Лѣченіе: промываніе пузыря argenti nitrici 1:5000 и инстилляціи въ него и заднюю часть уретры 1% arg. nitrici.

Выписался, поправившись: мочится 7 разъ въ сутки безъ боли; моча осталась мутной, съ bacterium coli. См. страницу N. 26 и 27.

*Urethro-cysto pyelitis et strictura urethrae* 1. Крестьянинъ, 30 л., поступилъ въ клинику съ жалобой на мутную мочу, болѣзненное учащенное мочеиспусканіе.

Наслѣдственность: отецъ умеръ отъ тbc легкихъ.

Anamnesis: никогда не хворалъ раньше.

1 годъ назадъ внезапно появились неудержимые позывы на мочу, кровь въ ней; лѣчился, но безъ успѣха.

Status praesens. Область почекъ при изслѣдованіи болѣзненна; мочится 24 раза въ сутки съ болью въ концѣ мочеиспусканія; моча мутна, слѣды бѣлка; осадокъ содержитъ лейкоциты, эритроциты. Prostata атрофирована, болѣзненна справа при изслѣдованіи; уретра сужена въ pars bulbo membranacea для № 18.

Цистоскопія: слизистая гиперемирована и на ней нѣсколько желто-бѣлыхъ бляшекъ.

Лѣченіе: промываніе пузыря сулемой 1:10000 ухудшило состояніе; инстилляціи съ  $1\frac{1}{4}\%$  до 2% и расширеніе бужами до № 52 оказали пользу; въ клиникѣ наблюдались у больного явленія pyelitis dextra: t<sup>o</sup> поднялась, боли въ правомъ боку, въ мочѣ бѣлокъ, почечно-лоханочный эпителий.

Цистоскопія, вторично сдѣланная, показала на слизистой, ближе къ лѣвому мочеточнику, нѣсколько полупрозрачныхъ крупныхъ пузырьковъ (Oedema vesicae bullosa).

Многократное изслѣдованіе на палочки Коха давало отрицательный результатъ, въ мочѣ масса бактерій, близко морфологически стоящихъ къ bacterium coli.

Выписался спустя 2 мѣс. 2 недѣли, поправившись, моча мутноватая (масса бактерій); мочится 7 разъ съ небольшою рѣзью въ концѣ мочеиспусканія.

---

\*\*) Кислой реакціи, уд. вѣса 1010; бѣлку 3‰; осадокъ: эритроциты, лейкоциты, масса бактерій съ преобладаніемъ bacterium coli.

\*\*) У всѣхъ въ мочѣ найдены микрококки и диплококки, красящіеся по Граму.  
25 — 35 лѣтъ.

Помѣщикъ, 49 лѣтъ, поступилъ въ клинику по поводу крови въ мочѣ, учащеннаго и болѣзненнаго мочеиспусканія.

Наслѣдственность: отецъ † отъ прогрессивнаго паралича; дѣды и отецъ страдали почечными коликами; у отца выходили камешки; 3 брата страдаютъ почечными коликами.

Anamnesis: перенесъ дифтерію, корь, скарлатину, coitus 13 л.; 23 л.—перелой: 25 л.—песокъ въ мочѣ, расстройство мочеиспусканія: Abusus in Baccho: 23 лѣтъ — colica renalis sinistra: вышелъ съ мочею камень. 41 г.—colica renalis sin.; поступилъ въ Андрологическую клинику; diagnosis: hydronephrosis sin.; periurethritis sin.; въ клиникѣ произвольно вышелъ камень. 45 л. colica Renalis dext.; вышелъ камень.

St. praesens: цвѣтушій, богатырски сложенный человѣкъ: моча слабо-щелочной реакціи, уд. вѣса 1012, мутна, слѣды бѣлка; осадокъ красно-бѣлый, состоящій изъ фосфатовъ, эритроцитовъ; лейкоцитовъ мало; болѣзненность лѣвой почки: Retentio testis inguinalis dext. Varicocele sin. Цистоскопія: оба мочеточника расширены: лѣвый—круглой формы, правый—продолговатый: слизистая набухла, тускла, гиперемирована: на днѣ инкрустации. Рентгеновскій снимокъ почекъ далъ отрицательный результатъ.

Лѣченіе: уротропинъ, салолъ; инстилляціи съ 1-2% до 10% argenti nitrici въ пузырь.

Быстрое улучшеніе: моча свѣтлѣе, мочится 7 разъ въ сутки безъ боли; выписался черезъ 17 дней.

*Cystitis vesicae urinae* съ atonia vesicae 1. Дьяконъ, 45 л., поступилъ въ клинику съ жалобой на учащенное, до 30 разъ, мочеиспусканіе.

Anamnesis: съ 16 л.—masturbatio, 17 л.—coitus, 25 л.—перелой, съ 40 л.—учащенное и затрудненное мочеиспусканіе.

St. praesens: мочится 30 разъ безъ боли, моча нейтральной реакціи съ осадкомъ изъ фосфатовъ, слизи, лейкоцитовъ; произвольно выпускаетъ 10 к. с.; остаточной мочи 300,0.

Цистоскопія показала гиперемію пузыря, массу слизистыхъ сосочковъ на слизистой, расширеніе праваго мочеточника, изъ котораго выдѣляется мутная моча.

Лѣченіе: уротропинъ, салолъ; промываніе мочевого пузыря argenti nitrici solut. 1:2000. Катетеризація 4 раза, а затѣмъ, по мѣрѣ улучшенія,—2 раза; электризація индуктивнымъ токомъ.

Черезъ 2 недѣли мочится уже 8 разъ въ сутки.

За время пребыванія въ клиникѣ былъ приступъ pyelitis ascendens.

Повторная цистоскопія показала: гиперемія меньше, слизистыхъ сосочковъ меньше.

Выписался поправившись, мочится 8 разъ: произвольно выпускаетъ 5 частей, одна часть остается.

*Cystitis vesicae urinae*—невъясненный, такъ какъ больной (66 л., коммисіонеръ) выписался черезъ сутки, отказавшись отъ изслѣдованія.

**Мочевые свищи**,—всѣхъ восемь: fistula urethro-perinealis—6, fistula urethro-rectalis—1, fistula vesico-abdominalis—1. Въ этиологическомъ отношеніи промежностные свищи—четыре—произошли, несомнѣнно, благодаря стриктурѣ уретры; въ одномъ въ анамнезѣ имѣется перелой хронич., но каналъ при изслѣдованіи проходимъ до № 50, отъ суженія не лѣчился; наконецъ, въ послѣднемъ въ анамнезѣ перелой, осложнившійся простатитомъ съ образованіемъ свищевого хода; больной отказался отъ инструментальнаго изслѣдованія и выписался. Время отъ зараженія перелоемъ до появленія свища измѣряется отъ нѣсколькихъ мѣсяцевъ до нѣсколькихъ лѣтъ. По возрасту больные распредѣляются: два—за 50, три—за 40, одинъ—28. Время пребыванія въ клиникѣ отъ 1 мѣс. до 3 мѣс. Изъ больныхъ, подвергшихся лѣченію, три выписались съ закрывшимся свищомъ, у двухъ другихъ заживленіе не достигнуто.

Больной И. К., 54 л. Время пребывания около 1 мѣс. 24 лѣтъ — перелой, осложненный воспаленіемъ лѣваго придатка яичка. Въ іюлѣ 1907 г. послѣ сношенія обостреніе хроническаго перелоя, въ результатъ котораго затрудненное мочеиспусканіе и образowanіе инфильтрата на промежности; послѣдній прорвался и далъ мочевой свищъ. При изслѣдованіи больного въ клиникѣ простата оказалась атрофированной, придатокъ лѣваго яичка уплотненъ. Уретра до № 15 сужена въ pars bulbo-membranosae. Послѣ разрѣза инфильтратъ подъ вліяніемъ согрѣвающихъ компрессовъ быстро разсосался, полость закрылась грануляціями и черезъ 3 недѣли моча перестала проходить черезъ свищъ. Одновременно уретра была расширена бужами Бенеке и поставленъ катетеръ à demeure № 20.

Больной И. К., 52 л. Время пребывания въ клиникѣ 3 мѣс. Urethritis нѣсколько лѣтъ назадъ. За 9 мѣсяцевъ до поступленія увидалъ у себя свищъ на промежности, черезъ который шла моча. Эти 9 мѣс. больной не лѣчился. При изслѣдованіи у него найденъ инфильтратъ на промежности, свищъ у корня мошонки, свищъ на правой сторонѣ pars bulbos и два свища на правой ягодицѣ, близъ инфильтрата. Больному удалось съ 3-4 №№ буж. Синицына довести до № 20 Нелат. катет., послѣдній поставленъ à demeure, а затѣмъ вынутъ; при попыткѣ ввести вновь онъ не пошелъ и лишь съ трудомъ изъ пучка удалось провести № 8. Черезъ мѣс. по поступленіи подъ общимъ наркозомъ всѣ свищи были вскрыты, рубцы вырѣзаны. Больному вставленъ катетеръ № 12 и постепенно доведенъ до № 20. Свищъ, несмотря на ежедневныя перевязки и хорошее гранулированіе тканей въ окружности, ко дню закрытія клиники не затянулся.

Больной К. М., 43 л. Время пребывания 1½ мѣс.

22 л.—перелой, съ 23 л.—суженіе канала, 35 л.—нарывъ на промежности и образование свища. Несмотря на продолжительное лѣченіе, каналъ постепенно суживался, моча пошла только черезъ свищъ. Во избѣжаніе суженія послѣдняго, больной самъ расширялъ его бужами. При изслѣдованіи моча щелочная, идетъ въ свищъ съ натугой, въ каналъ не идетъ ничего. Orif. ext. заросло. Въ свищъ едва проникаетъ самый тонкій головчатый бужъ. Подъ эфир. наркозомъ orif. ext. вскрыто ножницами, въ уретру введенъ № 36 бужа, который уперся въ pars bulbos. Черезъ свищъ въ пузырь введенъ зондъ, суженная часть канала изсѣчена, отрѣзки отсепарованы, сближены и сшиты. Концы отрѣзковъ разошлись, и, по удаленіи катетра, новый вставить не удалось. Былъ вставленъ № 18 черезъ промежность, и больной выписался со свищомъ и совѣтомъ поддерживать его просиѣтъ.

Больной П. Б., 41 г. Время пребывания 2½ мѣс.

Нѣсколько разъ перелой. Мочеиспусканіе ухудшилось послѣ перваго перелоя, который былъ на 18—19 году жизни. Нѣсколько разъ задержаніе мочи, затѣмъ и недержаніе. Въ 1906 г.—мочевой свищъ на промежности. За двѣ недѣли до поступленія инфильтрація промежности и мошонки, знобъ, жаръ. При изслѣдованіи — мошонка въ голову ребенка, постозно-инфильтрована, воспалена, промежность тоже инфильтрована, имѣетъ мочевой свищъ. Уретра пропускаетъ № 3 бужа, препятствіе въ bulbo-membranosae. Въ ночь поступленія нарывъ на мошонкѣ вскрылся. На мошонку—согрѣв. компрессъ. Расширеніе канала бужами; ко дню выписки № бужа доведенъ до 52. Черезъ недѣлю послѣ поступленія въ клинику опредѣленъ abscessus prostatæ, который вскрытъ продольнымъ разрѣзомъ. Полость ко времени выписки почти закрылась, остался длинный, сант. 10, узкій ходъ, рядомъ съ нимъ другой ходъ (бывшій уретро-перинеальный), изъ него моча при мочеиспусканіи не выдѣляется.

Больной И. К., 46 л. Время пребывания 1½ мѣс.

На 22 году — urethritis, послѣ котораго образовался свищъ. Послѣдній черезъ годъ закрылся. Но 1½ года назадъ послѣ перелоя свищъ снова открылся. Свищъ у корня мошонки, на границѣ промежности почти у средней линіи. Каналъ проходимъ до № 50. Рубецъ подъ хлор. вырѣзанъ, на уретру наложено два шва изъ кѣтгута. Катетръ à demeure. Выздоровленіе.

### *Fistula uretro-rectalis et strictura urethrae.*

Больной С. Ш., 55 л. Съ 25 л.—pneumonia chr. thc. Въ это же время вскрылся на мошонкѣ abscessus специфическаго характера. Черезъ годъ послѣ образованія abscess. у

больного моча пошла через задній проходъ. Констатировавъ у себя суженіе канала, больной сталъ лѣчиться бужировкой и расширилъ каналъ до № 50 буж. При изслѣдованіи въ правой долѣ prostat'y ощупывается свищевое отверстіе, изъ котораго идетъ моча; prostata плотна и морщиниста. Больному ничего по поводу свища не дѣлалось въ виду общаго тяжелаго состоянія (tbc. pulmon), и онъ выписался по собствен. желанію.

*Fistula vesico-abdominalis et hypertrophia prostatae.*

Больной И. В., 63 л. Время пребыванія 1½ мѣс.

Лѣтъ 10 назадъ учащеніе мочеиспусканія по ночамъ и стонченіе струи мочи, иногда перерывы. Въ 1906 г.— острая задержка мочи; послѣдняя выпущена проколомъ пузыря, тогда же — надлобковое сѣченіе пузыря. Свищъ остался до сихъ поръ. Prostata значительно увеличена, при цистоскопическомъ изслѣдованіи нашли выступающую въ пузырь среднюю долю prostat'y. Подъ кокаиномъ произведено оживленіе краевъ свища и сшиваніе—въ глубинѣ кэтгутомъ, затѣмъ 3 металл и 4 шелков. швами, катетеръ à demeure. Черезъ двѣ недѣли катетеръ былъ удаленъ, а недѣлю спустя открылся свищъ. На удаленіе части или всей prostat'y больной не согласился и выписался.

### Предстательная железа.

19 человѣкъ, изъ нихъ у 12 простатитъ былъ острый и гнойный, въ 7 случаяхъ—фолликулярный, въ 5—флегмонозный. У большинства больныхъ причиною простатита была острая или подострая гоноррея (11 сл.), распространившаяся на заднюю уретру и простату, благодаря погрѣшностямъ въ діетѣ и образѣ жизни (*excessus in Baccho et Venere*), утомительной ходьбѣ, а чаще всего—неумѣстнымъ, грубымъ спринцеваніямъ. Въ 7 случаяхъ гнойный фолликулярный простатитъ разрѣшился вскрытіемъ абсцесса въ уретру и быстрымъ выздоровленіемъ.

У трехъ больныхъ гной изъ простаты проложилъ себѣ путь въ перипростатическую клѣтчатку. Сдѣлана была простатотомія. Разрѣзъ преректальный. Выздоровленіе и въ этихъ случаяхъ послѣдовало скоро. У одного только, 33 л. больного, гной проложилъ себѣ путь не только въ перипростатическую клѣтчатку и спустился внизъ до наружныхъ покрововъ промежности, но и въ уретру. Преректальнымъ разрѣзомъ гнойникъ былъ опорожненъ, тѣмъ не менѣе образовался уретро-простато-перинеальный свищъ. При выходѣ изъ клиники моча еще въ свищъ проходила, хотя въ ничтожномъ количествѣ и не при каждомъ мочеиспусканіи.

Еще у одного 63 л. старика острый, гнойный простатитъ вызванъ былъ неумѣлой самокатетеризаціей по поводу атоніи пузыря вслѣдствіе гипертрофіи простаты.

Въ нижеописываемомъ случаѣ причина простатита осталась невыясненной.

Крестьянинъ С — въ, 30 л., поступилъ въ клинику 1 марта 1908 г. съ жалобами на болѣзненное мочеиспусканіе, боли въ rectum, промежности и въ глубинѣ таза за лобкомъ.

На 22 году жизни перенесъ верхнее камнесѣченіе по поводу пузырянаго камня. Венерическихъ болѣзней не было. Вышеназванные болѣзненные ощущенія появились безо всякой видимой причины, вдругъ, за двѣ недѣли до поступленія въ клинику. Мочится онъ разъ 15 въ день, съ болью, мочи достаточное количество, она кислой реакціи, удѣл. вѣсъ 1,017; кромѣ незначительнаго количества лейкоцитовъ, въ ней ничего ненормальнаго нѣтъ. Простата увеличена, плотна, болѣзненна.

По поступленіи въ клинику температура тѣла все повышалась и на 4-й день достигла 40°. Въ железѣ ясное зыбленіе. На 8-й день простатотомія (разрѣзъ преректальный). Постоперационное теченіе раны было нормально, но черезъ недѣлю больной сталъ жаловаться на боли въ верхней трети лѣваго бедра снизу; мѣсто это опухло, появились

ознобы, опять высокая температура, жажда. Въ глубинѣ мышцъ прощупывается зыбленіе. Вскрытъ большой гнойникъ. Въ гною, при бактериологическомъ изслѣдованіи, найдены *bac. pyocyaneus*, стафилококки и диплококки. Температура не понижалась; продолжались ознобы, поты. Вскрыто еще нѣсколько гнойныхъ затековъ. Силы больного истощались, и 27 апрѣля, при явленіяхъ септикеміи, онъ скончался.

*Aymonia. Prostatitis purulenta. Periprostatitis phlegmonosa. Phlegmona femoris sin. cum erosione vasorum, praecipue — venarum femoris. Cicatrix mucosae ves. urin. Degeneratio arenchymatosa renum (septica).*

*Hypertrophia prostatae* наблюдались у 6 больныхъ въ возрастѣ 53 — 74 лѣтъ, страдавшихъ давно уже припадками простатизма. Пять изъ нихъ въ клиникѣ поправились, явленія цисто-піелитовъ у нихъ ослабѣли и клинику оставили больные въ сравнительно удовлетворительномъ состояніи.

VI. Крестьянинъ И — въ, 69 лѣтъ, поступилъ 28 декабря 1907 г. съ жалобами на частое, болѣзненное мочеиспусканіе и кровавую мочу.

Никогда и никакихъ болѣзней мочеполовыхъ органовъ не имѣлъ. До 68 л., кромѣ небольшой одышки и давнишняго кашля, никакихъ болѣзней не зналъ, жилъ въ деревнѣ, занимался сельскимъ хозяйствомъ, всегда былъ трезвъ. Только съ мая 1907 г. появилось учащенное мочеиспусканіе и потомъ — кровь въ мочѣ.

Мочится теперь 15 разъ въ сутки, съ болью во все время мочеиспусканія, моча кровавая, удѣльный вѣсъ 1,009; мочевой осадокъ состоитъ, главнымъ образомъ, изъ крови, есть лейкоциты и довольно много эпителія пузыря. Уретра свободно проходима для бука № 50; простата увеличена, особенно лѣвая ея доля. Атонія пузыря на  $\frac{2}{3}$  (самъ больной вымачиваетъ только  $\frac{1}{3}$ ). Артеріосклерозъ. *Hernia inguinolis sin. Bronchitis chron.*

*Цистоскопія:* vessie à colonnes; на днѣ пузыря лежитъ шаровидная, гладкая, темно-красная, кровоточивая, съ мандаринъ величиною опухоль (средняя доля).

12 декабря подъ эфирно-хлороформнымъ наркозомъ *sectia alto, prostatectomia trans-vesicalis partialis*. Кѣтгутъ на слизистую оболочку. Довольно значительное кровотеченіе было остановлено тампонадой пузыря. На 3-й день  $t^0$  38,0. Удаленъ тампонъ. Съ этого времени и до конца  $t^0$  была нормальна, состояніе раны было вполне удовлетворительное; тѣмъ не менѣе нарастало ослабленіе сердечной дѣятельности. Возбуждающія: вино, кофеинъ, камфара, а также и подкожныя вливанія фізіолог. раствора поваренной соли не вели ни къ чему. 31 декабря при явленіяхъ упадка сердечной дѣятельности больной скончался.

*Aymonia. Nephritis parenchymatosa. Pyelonephritis ascendens in initio. Cystitis chron. Hypertrophia vesicae urin. Hypertrophia prostatae fibroadenomatosa. Hypertrophia cordis. Sclerosis. endocardie. Myocarditis chron. fibr. disseminata. Scler. intimae aortae. Emphysema pulmonum. Bronchitis purulenta.*

*Calculi prostatici veri et calculi urethrae* найдены были у одного больного Н. П — ва, 59 л. Случай этой подробно описанъ выше, въ статьѣ прив.-доц. И. Богданова „О простатическихъ камняхъ“, наблюдение XII.

Почки и почечныя лоханки въ качествѣ осложненія при различнаго рода заболѣваніяхъ уретры, простаты и пузыря наблюдались часто. Въ качествѣ страданія самостоятельно оно наблюдалось у двухъ больныхъ, изъ которыхъ у одного 37 л. П — ва былъ

*Pyelo-nephritis calculosa dex.*

Больной поступилъ въ клинику съ жалобами на частое мочеиспусканіе и кровь въ мочѣ. Уже съ ранняго дѣтства онъ мочился часто и съ болью, а при ходьбѣ, бѣганьѣ — въ мочѣ появлялась кровь. Потомъ все прошло. 28 л. женился. Никакихъ венерическихъ болѣзней не имѣлъ. Жестоко злоупотреблялъ, особенно въ 1906 г., спиртными напитками.

Послѣ особенно интенсивнаго пьянства съ весны 1906 г. мочеиспускание особенно стало часто, моча была кровавая. Въ андрологической клиникѣ нашли у больного пузырный камень въ 6½ — 7 сант. діаметромъ, который и былъ удаленъ литолапаксией (проф. Синицынъ). Камень фосфо-уро-оксалатъ; въ сухомъ видѣ осколки вѣсили 160 грам. Послѣоперационное теченіе было омрачено двустороннимъ піэпонефритомъ и гнойнымъ простатитомъ. Изъ клиники вышелъ 3 мая въ сравнительно хорошемъ состояніи, хотя почки еще болѣли и моча была мутная. Больной опять сильно пьянствовалъ. Появились сильныя боли въ правомъ боку, лихорадка, кровь въ мочѣ.

При настоящемъ поступленіи въ клинику тѣла была 38,5. Больной сильно исхудалъ, крайне истощенъ. Изслѣдованіе крови: Hb. 70%, эритр. 4,200,000; бѣл. тѣл. 9,950. Печень увеличена, чувствительна. Значительно увеличена и очень болѣзненна правая почка. Мочи 1100 к. с. за сутки, она кровянисто-гнойная, зловонная, щелочная. Языкъ обложенъ, сухъ; жажда усилена, аппетита нѣтъ. Сонъ плохъ.

*Nephrotomia dex.* подъ эфирно-хлороформнымъ наркозомъ. Черезъ рану вышло огромное количество жидкаго, кровянистаго, вонючаго гноя и удаленъ былъ изъ почечной лоханки вѣтвистый, съ 6 отростками, плотный, буроватаго цвѣта камень (въ сухомъ видѣ вѣсъ его 60 грм.). Послѣ операциі тѣло унало почти до нормы, больной оправился, въ мочѣ ни крови, ни гноя уже не было. Рана, однако, плохо заживала; изъ почки постоянно вытекала на повязку много сукровичнаго гноя.

*Рентгенограмма* показала присутствіе въ почкѣ еще нѣсколькихъ камней. Рана расширена, удалены два камня небольшихъ и вскрытъ еще большой гнойникъ. Однако улучшенія въ состояніи больного послѣ того не послѣдовало. Больной слабѣлъ и, при явленіяхъ септико-уреміи, 3 марта 1908 г. скончался.

*Анамнезъ.* Atrophia renis dex. totalis. Uretheritis chron. dex. et periuretheritis fibrosa. Cicatrices mucosae uretheris dex. in exitus ejus de pelue renis. Calculi renis. Hyperplasia inflammatoria glandularum lymphatic. regionarium. Cicatr. mucosae vesicae urinae. Nephritis parenchymatosa chron. sin.

Между прочимъ, отъ верхней половины правой почки осталась только обширная, кожистая, сообщавшаяся съ раной полость. Нижняя половина представляла собою рядъ полостей, растянутыхъ сукровичнымъ гноемъ.

Прижизненное бактериологическое изслѣдованіе мочи показало присутствіе въ ней стафило- и стрептококковъ, а посѣвы изъ почечнаго гноя — желтаго стафилококка.

#### *Neoplasma renis sin.*

Другой больной Д — въ 30 л., торговецъ, поступилъ въ клинику 18 ноября 1907 г. съ жалобами на кровавую мочу, появившуюся у него лишь съ февраля мѣсяца 1907 г., какъ онъ увѣренъ, отъ подъема тяжестей. Съ того времени кровь въ мочѣ то появлялась на 15 — 20 дней, то исчезала.

При поступленіи въ клинику моча оказалась кровавой, окрашенной равномерно во всѣхъ порціяхъ. Лѣвая почка значительно увеличена, особенно въ поперечномъ направленіи, и болѣзненна. *Цистоскопія*, повторявшаяся нѣсколько разъ, неизмѣнно показывала, что кровь выходитъ только лишь изъ лѣваго мочеточника, не непрерывно, а толчками. Какихъ-либо указаній на страданіе почечной паренхимы или лоханки не было. Опухоль признана была за новообразованіе. Больному предложена была операція (*Nephrectomia*), на которую онъ не согласился и вышелъ изъ клиники.

*Arthrosynovitis gonorrhoeica* наблюдалась у двухъ студентовъ въ качествѣ осложненія острой гонорреи. У одного болѣлъ правый голеностопный суставъ и еще суставы большого пальца той же ноги. Скипидарно-мыльные ванны Balzer'a и внутренніе пріемы санталоваго масла. Довольно быстрое выздоровленіе. У другого больного студента, энергично и долго лѣчившаго свою гоноррею спринцеваніями, появились боли во многихъ суставахъ, но опухъ, сильно вздулся и болѣлъ жестоко одинъ лишь правый локоть. Въ клинику явился онъ съ высокой лихорадкой и синовитомъ, былъ порядочный выпотъ. Околосуставныя ткани были воспалены, отечны. Въ локтѣ не только невозможны были никакія активныя или пассивныя движенія, но даже легкое прикосновеніе къ сочлененію

было крайне болѣзненно. Послѣ продолжительнаго примѣненія согрѣвающихъ компрессовъ, потомъ пассивныхъ движеній и массажа выпоть сталъ всасываться, движенія стали возможны, но въ довольно ограниченныхъ предѣлахъ.

Заболѣваніе паховыхъ железъ наблюдалось два раза. Въ одномъ случаѣ у студента 20 лѣтъ, отрицавшаго какія бы то ни было венерическія болѣзни, при нормальной температурѣ опухли за двѣ недѣли до поступления въ клинику железы въ правомъ паху и были настолько болѣзненны, что мѣшали ему ходить. Подъ вліяніемъ согрѣвающихъ компрессовъ и іодистыхъ препаратовъ опухоль рассосалась. Въ другомъ случаѣ крестьянинъ, 36 лѣтъ, у котораго четыре года назадъ былъ ампутированъ penis по поводу карциномы головки его, обратился съ жалобой на увеличеніе правыхъ паховыхъ железъ. Больной, геркулесъ по сложенію. Всѣ органы въ порядкѣ. Penis'a нѣтъ, orif. ext. игетhr. втянуто внутрь и сужено до № 3. Въ правомъ паху соотвѣтственно железамъ опухоль, болѣзненная, съ яснымъ зыбленіемъ. *Diagnosis: carcinoma gl. lymph.*? Подъ общимъ наркозомъ произведенъ линейный разрѣзъ вдоль паховой складки—причемъ вышло значительное количество серозно-кровоянистой жидкости, въ которой масса распадается желто-бѣлаго цвѣта, въ видѣ пшена. Изслѣдованіе жидкости подъ микроскопомъ показало присутствіе въ ней большого количества раковыхъ жемчужинъ и плоскаго ороговѣлаго безъядернаго эпителия. Больной былъ переведенъ въ клинику раковыхъ болѣзней.

Случаевъ неврозовъ мочеполового аппарата было три. У всѣхъ въ анамнезѣ мастурбація и эксцессы in Venere. Сухожильные рефлексy повышены. Объективно ничего. Субъективно жалобы на частые позывы на мочеиспусканіе, рѣзь и зудъ въ каналѣ. Всѣ больные получали бромистые препараты и холодныя ванны, при чемъ у двухъ изъ нихъ явленія исчезли, а третій выпиcался безъ облегченія.



## Гинекологическое клиническое отделение.

Общее число больных .....64.

По возрасту эти больные распределяются следующимъ образомъ:

отъ 15 до 20 лѣтъ.....	2 случ.
„ 20 „ 30 „ .....	19 „
„ 30 „ 40 „ .....	32 „
„ 40 „ 50 „ .....	7 „
„ 50 „ 60 „ .....	4 „
„ 60 „ 70 „ .....	1 „

Большинство больныхъ приходится, какъ и въ прошломъ году, на возрастъ 20—40 л., соответствующій наибольшей функциональной дѣятельности женскихъ половыхъ органовъ.

По времени наступленія мѣсячныхъ больныя распределяются слѣд. образомъ:

до 13 лѣтъ.....	2 случ.
отъ 15 до 15 лѣтъ.....	39 „
на 16 году .....	13 „
„ 17 „ .....	6 „
„ 18 „ .....	3 „
„ 19 „ .....	1 „

По семейному положенію:

замужнихъ .....	38
незамужнихъ .....	16
вдовъ .....	8
дѣвицъ.....	2

По числу бывшихъ беременностей:

дѣвицъ.....	2
небеременѣвшихъ .....	9
беременѣвшихъ, но перожавшихъ .....	11
рожавшихъ по одному разу.....	10
„ повторно.....	32

Соотвѣтственно примѣнявшимся способамъ лѣченія больныя раздѣлены на двѣ группы:



А. Болѣзни, при которыхъ примѣнялись консервативные способы лѣченія:

- a) Perimetritis chronic . . . . . 1 случай.
- Salpyngo-oophorit. dextr. или sinistr. . . 2 „
- Salpyngo-oophoritis bilater. . . . . 3 „
- Haematocele retrouterinum . . . . . 1 „

Во всѣхъ случаяхъ этой группы примѣняемы были способы рассасывающаго лѣченія: тепло въ формѣ горячихъ спринцеваній, клизмъ, ваннъ, компрессовъ; ихтиоль, массажъ и т. д.

Больныя этой группы въ большинствѣ выписаны совершенно оправившись, остальные съ значительнымъ улучшеніемъ.

- b) Cancer uteri inoperabilis. . . . . 1 случ.

Б. Болѣзни, при которыхъ примѣнялся оперативный способъ лѣченія:

- I. a) Metritis chron. . . . . 5 случ.
- b) Endometritis haemorrhagica. . . . . 8 „
- c) Abortus съ задержавшимися частями  
плоднаго яйца . . . . . 4 „
- d) Abortus artificialis . . . . . 1 „
- e) Collum conicum . . . . . 3 „
- f) Prolapsus vaginae. . . . . 2 „
- g) Ruptura perinei. . . . . 5 „
- h) Fistula vesico-vaginalis . . . . . 1 „

Оперативные способы лѣченія, примѣнявшіеся въ этихъ случаяхъ, изложены въ „Ежегодникѣ 1907 г.“. Всѣ случаи I отдѣла второй группы кончились выздоровленіемъ.

II. Полное удаленіе матки черезъ влагалище:

- a) Cancer colli uteri . . . . . 1 случ.
- Uterus fibrosus. . . . . 1 „

Въ случаѣ „uterus fibrosus“ больная страдала кровоточеніями съ 1905 г.; всѣ примѣнявшіеся консервативные способы лѣченія, а также повторное abrasio (3 раза со времени начавшагося кровотечения) не дали успѣшныхъ результатовъ; въ виду истощенія больной отъ кровотечения, продолжавшагося съ незначительными перерывами въ теченіи 4 мѣсяцевъ, а также принимая во вниманіе возрастъ больной (46 л.), рѣшено было сдѣлать полное удаленіе матки черезъ влагалище. При микроскопическомъ изслѣдованіи экстирпированной матки найдено фиброзное измѣненіе мышечнаго слоя матки, исчезновеніе железъ и разрастаніе соединительной ткани.

Исходъ въ обоихъ случаяхъ благоприятный.

III. Чревосѣченія.

- a) Ракъ тѣла матки . . . . . 1 случ.

Въ этомъ случаѣ своды влагалища оказались проросшими раковыми разрастаніями, такъ что пришлось удалить часть сводовъ.

b) Фиброміомы <sup>1)</sup> ..... 8 случ.

Во всѣхъ случаяхъ интерстиціальныя фиброміомы; изъ нихъ фибромиома multiplex 4 случ.

Въ трехъ случаяхъ одновременно былъ удаленъ одинъ изъ яичниковъ, кистозно-перерожденный. Въ одномъ случаѣ правая значительно въ длину вытянутая и утолщенная труба (около 12 сантиметровъ) вмѣстѣ съ яичникомъ сращена съ основаніемъ appendix'a; труба выдѣлена изъ сращеній съ червеобразнымъ отросткомъ; при выдѣленіи расширенная труба надорвана на небольшомъ протяженіи, при разрывѣ трубы часть содержаемаго (казеозныя массы) выдѣлились наружу; труба вмѣстѣ съ правымъ яичникомъ удалены. Для того, чтобы открыть доступъ къ червеобразному отростку, прямая мышца перерѣзана въ поперечномъ направленіи, appendix выдѣленъ изъ сращеній и удаленъ обычнымъ способомъ; въ брюшной стѣнкѣ на мѣстѣ, соответствующемъ appendix'у-хъ сдѣланъ разрѣзъ, въ который введенъ стерильный марлевый тампонъ; брюшная полость закрыта трехъ-этажнымъ швомъ.

Въ 7 случаяхъ была сдѣлана надвлагалищная ампутація матки; въ одномъ—такъ какъ въ шейкѣ матки находился большой фиброматозный узелъ—была произведена полная экстирпація матки. Исходъ во всѣхъ случаяхъ—выздоровленіе.

c) Salpyngo-oophoritis bilateralis tuberculosa 1 случ.

Въ этомъ случаѣ при вскрытіи брюшной полости сальникъ оказался сращеннымъ съ простѣночною брюшиною по всей поверхности, такъ что для вскрытія полости брюшины пришлось резецировать сальникъ. Матка и придатки съ обѣихъ сторонъ сращены между собой, съ брюшиною задней стѣнки таза и петлями кишекъ; выдѣлить ихъ изъ сращеній не удалось, полость малаго таза промыта физиологическимъ растворомъ и брюшная полость зашита обычнымъ способомъ; больная выписалась съ значительнымъ улучшеніемъ и нормальной температурой (до операціи температура была повышена).

d) Peritonitis tuberculosa ..... 1 случ.

Брюшина во многихъ мѣстахъ была припаяна къ кишкамъ, сальникъ утолщенъ, бугристъ, спаянъ съ брюшиною; туберкулезныя бугорки на серозномъ покровѣ кишекъ; кишки сращены съ маткой и придатками; на маткѣ небольшая туберкулезная опухоль; сращенія кишекъ отдѣлены, часть сальника резецирована; брюшная полость промыта физиологическимъ растворомъ и зашита обычнымъ способомъ. Больная выписалась черезъ мѣсяцъ съ незначительнымъ улучшеніемъ, такъ какъ боли въ животѣ продолжались, хотя значительно слабѣе,

<sup>1)</sup> 2 случая относятся къ хирургич. отдѣл.

чѣмъ при поступленіи; утрення  $t^0$  нормальна, вечерняя не превышала  $37^0$ .

е) Новообразованія яичниковъ <sup>1)</sup>.

Cystoma ovarii dextr.....	1 случ.
Cystoma „ sinistri ...„.....	4 „
Cystomata ovariorum.....	1 „
Cancer ovarii dextr .....	1 „
Fibrosarcoma ovarii dextr .....	1 „

Въ случаѣ fibrosarcoma ovarii dextri по вскрытіи обнаружена въ брюшной полости кровянистая жидкость ( $1\frac{1}{2}$  стакана), удаленная марлевыми салфетками. Огромная опухоль выполняетъ всю брюшную полость, частью сращена съ брюшиной и сальникомъ; корка опухоли очень толста и перекручена; лѣвый кистозно-перерожденный яичникъ проколотъ и оставленъ in situ. Больная выписалась вполне оправившись.

Исходъ во всѣхъ случаяхъ этой группы—выздоровленіе.

г) Внѣматочная беременность:

Беременность въ правой трубѣ .....	2 случ.
„ „ лѣвой „ .....	4 „

Всѣ случаи представляли разрывъ трубы; въ двухъ случаяхъ удалена измѣненная, сильно утолщенная труба противоположной стороны. Въ одномъ случаѣ лѣвосторонней трубной беременности пришлось удалить, кромѣ трубы и haematocoele peritubae въ непосредственномъ соприкосновеніи съ беременной трубой.

Исходъ во всѣхъ случаяхъ — выздоровленіе.



<sup>1)</sup> 4 случая относятся къ хирургич. отдѣленію.

# Отчетъ о дѣятельности конференціи врачей Императорской Екатерининской Больницы за 1907—08 академическій годъ.

---

Конференція врачей Императорской Екатерининской больницы за истекшій 1907—08 академическій годъ имѣла одно неочередное годовое засѣданіе подъ почетнымъ предсѣдательствомъ Попечителя Округа А. М. Жданова. На неочередномъ засѣданіи произносили рѣчи: проф. П. М. Поповъ, проф. А. В. Мартыновъ: „Оперативное лѣченіе желчно-каменной болѣзни“ и прив.-доц. Г. И. Россолимо: „Краткій очеркъ судорожныхъ явленій при одержимости“. Очередныхъ засѣданій было 17, на которыхъ предсѣдателями были: 1) А. А. Вагаповъ, 2) И. А. Воффъ, 3) В. О. Гуленко, 4) А. С. Егоровъ, 5) А. П. Заболотскій, 6) А. В. Мартыновъ, 7) К. К. Нагель, 8) В. Ф. Поляковъ, 9) П. М. Поповъ, 10) Г. И. Россолимо и 11) А. А. Фейденгольдъ. Секретарями конференціи были: П. П. Ластовскій и А. И. Сребрянская.

Дѣйствительныхъ членовъ конференціи было 39.

Всѣхъ докладовъ съ демонстраціей больныхъ, макро-и микроскопическихъ препаратовъ, инструментовъ и рисунковъ было 43: изъ терапевтической клиники — 12, изъ хирургической — 15, изъ невропатологическаго отдѣленія — 8, изъ андрологической клиники — 4 и изъ гинекологическаго отдѣленія — 4.

## *Изъ терапевтической клиники:*

1. Д. Е. Абессаломовъ. Случай эхинококка въ брюшной полости.
2. С. В. Бубновъ. Случай старой туберкулѣзной эмпіемы, лѣченной по способу Левашова.
- 3). С. В. Бубновъ. Случай крупознаго воспаленія легкаго съ исходомъ въ абсцессъ.
4. Ф. Ф. Глаголевъ. Случай крупознаго воспаленія легкаго, осложненнаго знойнымъ экссудатомъ стрептококковаго происхожденія.
5. В. О. Гуленко. Случай хронической дизентеріи.
6. В. О. Гуленко. Случай маляріи.
7. А. М. Кезельманъ. Случай elephantiasis mollis streptogenes.

8. П. П. Ластовскій. Случай брюшного тифа.
9. С. Н. Сорокинъ. Случай пернициозной анеміи.
10. А. А. Эйтвидъ. Случай септического эндокардита травматическаго происхожденія.
11. А. А. Эйтвидъ. Данныя вскрытія больного съ травматическимъ эндокардитомъ.
12. А. А. Эйтвидъ. Случай плевритическаго экссудата съ эозинофильной формулой.

*Изъ хирургической клиники:*

1. А. Р. Бѣловскій. Случай отрыва длинной головки m. bicipitis.
2. П. П. Дьяконовъ. Случай паранефрита.
3. П. П. Дьяконовъ. По поводу случая бугорковаго перитонита.
4. П. П. Дьяконовъ. Ущемленіе пупочной грыжи у женщины 79 лѣтъ. Резекція кишки.
5. К. К. Ивенсенъ. Прорывъ раковой язвы пищевода въ трахею. Демонстрація препарата.
6. К. К. Ивенсенъ. Случай fracturae patellae.
7. К. К. Ивенсенъ. Fractura patellae.
8. К. К. Ивенсенъ. Демонстрація больного послѣ резекціи прямой кишки.
9. А. В. Мартыновъ. Раненіе пузыря при коренной операціи грыжи.
10. А. В. Мартыновъ. Случай множественнаго эхинококка брюшной полости.
11. В. А. Мещерскій. Случай дермоидальной кисты.
12. В. А. Мещерскій. Случай гноиника околопочечной клетчатки.
13. П. П. Никольскій. Какъ мы ведемъ наркозъ.
14. А. Г. Смиттенъ. Случай табетической артропатіи.
15. А. А. Фейденгольдъ. Gastroenterostomia retrocolica posterior.

*Изъ невропатологическаго отдѣленія:*

1. С. П. Зандеръ. Случай параплегии вслѣдствіе разсѣяннаго новообразованія.
2. И. П. Карпачевъ. Случай остраго инфекціоннаго міэлита.
3. Р. Б. Певзнеръ. Случай torticollis hysterica.
4. Г. И. Россолимо | Демонстрація приборовъ для психологи-  
и Р. Б. Певзнеръ. | ческаго изслѣдованія (съ опытами).
5. В. К. Хорошко. Демонстрація больного съ lues cerebri.
6. В. К. Хорошко. Демонстрація 2-хъ случаевъ сиринго-бульбіи.
7. А. И. Худяковъ. Случай невыясненнаго страданія головного мозга.
8. Я. И. Шалытъ. Случай tremor'a.

*Изъ андрологической клиники:*

1. П. Ф. Богдановъ. Демонстрація больного съ камнями предстательной железы.
2. Е. Ф. Вашкевичъ. Случай гнойнаго воспаления придатка яичка и простаты, вызваннаго диплококкомъ.
3. Е. Ф. Вашкевичъ. Случай pyonephrosis calculosa.
4. Р. М. Фронштейнъ. Опухоль мочевого пузыря. Предъявление препарата.

*Изъ гинекологическаго отдѣленія:*

1. В. А. Александровъ. Демонстрація больной съ множественною опухолью брюшной полости.
  2. В. А. Александровъ. Демонстрація больной съ туберкулёзнымъ перитонитомъ (послѣ операціи).
  3. Н. Ф. Медвѣдковъ. Демонстрація препарата myoma uteri multiplex.
  4. Н. Ф. Медвѣдковъ. Демонстрація удаленной цисто-фибросаркомы яичника.
-

ЛИЧНЫЙ СОСТАВЪ КЛИНИКЪ  
Императорской Екатерининской Больницы  
въ 1907—08 академическомъ году.

---

**I. Терапевтическая клиника.**

Директоръ — ординарный профессоръ *П. М. Поповъ* (главный врачъ).

Ассистенты: прив.-доц. *В. Θ. Поляковъ*, *В. М. Кожевниковъ*, *С. Д. Серебряковъ*, *А. С. Егоровъ*, *В. О. Гуленко*.

Ординаторы: *П. А. Вишкаревъ* <sup>1)</sup>, *А. М. Кезельманъ* <sup>1)</sup>, *С. В. Бубновъ* <sup>1)</sup>,  
*П. П. Ластовскій*, *Д. Г. Абессаломовъ*, *А. А. Эйтвидъ*, *С. Н. Сорокинъ*,  
*И. И. Красовскій*, *Я. И. Русинъ*, *В. П. Катаньянъ*.

Нормальная бактериологическая лабораторія, состоящая при  
терапевтической клиникѣ.

Завѣдующій — прив.-доц. *В. В. Воронинъ*.

**II. Хирургическая клиника.**

Директоръ — экстраординарный профессоръ *А. В. Мартыновъ*  
(помощникъ главнаго врача).

Ассистенты: *И. А. Мотовиловъ*, *В. Г. Маевъ*, *А. А. Фейденгольдъ*,  
*К. К. Ивенсенъ*.

Ординаторы: *А. И. Сребрянская* (завѣдующая лабораторіей),  
*В. С. Мещерскій* <sup>1)</sup>, *Б. А. Монастыревъ* <sup>1)</sup>.

**III. Андрологическая клиника.**

Завѣдующій — экстраординарный профессоръ *А. В. Мартыновъ*.

Ассистенты: прив.-доц. *П. Ф. Богдановъ*, *А. А. Вагановъ*, *Е. Ф. Вашкевичъ*.

Ординаторы: *Л. Е. Васильевскій* <sup>1)</sup>, *И. И. Менищиковъ* <sup>1)</sup>, *Р. М. Фронштейнъ*, *А. Г. Смиттенъ*.

**IV. Нервное клиническое отдѣленіе.**

Завѣдующій — прив.-доц. *Г. И. Россолимо*.

Ординаторы: *В. К. Хорошко* <sup>1)</sup>, *Н. П. Карпачевъ* <sup>1)</sup>, *А. И. Худяковъ*.

**V. Гинекологич. клин. отдѣленіе.**

Завѣдующій — прив.-доц. *П. А. Воффъ*.

Ординаторы: *В. А. Александровъ* <sup>1)</sup>, *Н. Ф. Медвѣдковъ*.

Экстернъ — *М. С. Френкель*.

**VI. Амбулаторія.**

Постоянные ординаторы: *А. П. Заболотскій*, *К. К. Нагель*.

**VII. Клин. отдѣленіе ушн., горлов. и носов. болѣзней.**

Прив.-доц. *Е. М. Степановъ*.

**VIII. Прозекторъ — *В. С. Дъвицкій*.**

---

<sup>1)</sup> Въ настоящее время вышли изъ состава клиникъ.

Императорскій Московскій Университетъ.

---

ЕЖЕГОДНИКЪ  
ИМПЕРАТОРСКОЙ  
ЕКАТЕРИНИНСКОЙ  
БОЛЬНИЦЫ.

---

ВЫПУСКЪ ТРЕТІЙ.

---

1908 — 1909 академическій годъ.



Печатается на основаніи постановленія Медицинскаго Факультета Императорскаго Московскаго Университета

*Деканъ Д. Зерновъ.*

Москва, 17 ноября 1911 г.

# СОДЕРЖАНІЕ.

## I. Оригинальныя статьи.

	Стр.
1. Поляковъ, В. О. Объ измѣненіяхъ въ крови при отравленіи фенацети- номъ. . . . .	1
2. Онъ же. Гематологическій признакъ микседемы. . . . .	13
3. Саввинъ, В. Н. Къ вопросу о лѣченіи остраго общаго гнойнаго перитонита.	20
4. Онъ же. Случай огнестрѣльнаго раненія брюшной полости. . . . .	30
5. Онъ же. Къ казупстикѣ летальныхъ исходовъ при пузырномъ эхинококкѣ печени . . . . .	34
6. Егоровъ, А. С. Lymphogranulomatosis. . . . .	38
7. Невядомскій, М. М. Случай острой лейкеміи съ лейкопенеіей . . . . .	53
8. Иконниковъ, А. А. Привычный вывихъ плеча. . . . .	61
9. Кизель, П. Р. Случай сепсиса, вызваннаго синегнойной палочкой . . . . .	70
10. Ситковскій, П. П. Іодъ, какъ обеззараживающее операціоннаго поля. . . . .	77
11. Сорокинъ, С. По поводу одного случая Polycythaemia rubra splenomegalica.	86
12. Поповъ, П. М. Аортитъ и лихорадка. . . . .	110

## II. Обзоры врачебной дѣятельности клиническихъ отдѣленій Императорской Екатерининской больницы.

1. Терапевтическая клиника . . . . .	123
2. Нервное клиническое отдѣленіе. . . . .	135
3. Хирургическая клиника. . . . .	139
4. Андрологическая клиника . . . . .	167
5. Гинекологическое клиническое отдѣленіе . . . . .	180

## III. Отчетъ о дѣятельности Конференціи врачей Императорской Екатерининской больницы за 1908—1909 академическій годъ

Личный составъ клиникъ больницы . . . . .	188
---	-----

## Объ измѣненіяхъ въ крови при отравленіи фенацетиномъ.

Наблюдаемая при отравленіи фенацетиномъ измѣненія въ крови таковы, что ихъ слѣдуетъ отнести къ разряду встрѣчаемыхъ при прогрессивномъ злокачественномъ малокровіи; помимо того, что существованіе подобныхъ измѣненій расширяетъ наши представленія о патогенезѣ пернициозной анеміи вообще, оно по отношенію къ патологии крови человѣка имѣетъ значеніе еще и потому, что мы не знали вещества съ гемолитическими свойствами, которое, будучи введено въ организмъ человѣка, вызвало бы въ крови картину измѣненій, присущихъ прогрессивному злокачественному малокровію.

Это тѣмъ болѣе важно, что этиологія пернициозной анеміи еще мало выяснена. Многочисленныя изслѣдованія, произведенныя въ соотвѣтственномъ направленіи, дали только по отношенію къ той анеміи, которая вызывается широкимъ лентецомъ, положительные результаты; Tallqvist выдѣлилъ изъ члениковъ глисты вещество липоиднаго характера, обладающее гемолитическими свойствами; оно, будучи введено въ кровяной токъ животнаго (собака, кроликъ), вызываетъ разрушеніе красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, сказывающееся въ постепенномъ обѣднѣніи крови красными кровяными шариками; значеніе этихъ изслѣдованій пріобрѣло бы еще болѣе большій вѣсъ, если бы Tallqvist выяснилъ, сопровождалось ли подобное малокровіе характерными измѣненіями въ костномъ мозгу и появленіемъ въ крови мегалобластовъ и мегалоцитовъ, т.-е. измѣненіями, постоянно наблюдаемыми въ крови при злокачественномъ прогрессирующемъ малокровіи человѣка.

Въ позднѣйшей своей работѣ Tallqvist'у и Faust'у <sup>1)</sup> удалось точно опредѣлить природу гемолитическаго начала липоидовъ; это олеиновая кислота, тогда какъ стеариновая и пальмитиновая кислоты лишены названнаго свойства. Гораздо менѣе знаемъ мы о томъ, что служитъ причиной злокачественнаго малокровія въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ нѣтъ ни широкаго лентца, ни другихъ кишечныхъ паразитовъ; большинство изслѣдователей принимаетъ, что тутъ дѣло идетъ объ

---

<sup>1)</sup> Faust und Tallqvist. Ueber die Ursachen der Bothriocephalusanämie. Archiv für experiment. Pathologie, 1907. Bd. 57.

интоксикации, идущей изъ пищеварительнаго тракта. Gravitv высказывался за отравленіе извѣстными продуктами распада бѣлковыхъ веществъ. Tallqvist, по аналогіи съ добытыми результатами по отношенію малокровія, вызваннаго широкимъ лентецомъ, искалъ липоидныя субстанціи въ слизистой различныхъ отдѣловъ желудочно-кишечнаго тракта; ему удалось ихъ выдѣлить, и опыты надъ животными показали, что введеніе этихъ липоидовъ въ кровь сопровождается явленіями тяжелаго малокровія. Повтореніе этихъ опытовъ, но въ болѣе обширныхъ размѣрахъ, приняли на себя Berger и Tsuchija<sup>1)</sup>. Они пользовались эфирными вытяжками изъ слизистой оболочки желудка и кишекъ въ тѣхъ случаяхъ пернициозной анеміи, которые сопровождались отсутствіемъ соляной кислоты въ желудочномъ сокѣ и наличностью тяжелыхъ разстройствъ со стороны кишечника. Они получили послѣ извлеченія эфиромъ вещество липоиднаго характера, похожее на то, которое Tallqvist извлекалъ изъ члениковъ широкаго лентеца. Опираясь на вышеприведенныя изслѣдованія Faust'a, доказавшаго, что олеиновая кислота, будучи введена въ потокъ крови животныхъ, вызываетъ у нихъ прогрессирующее малокровіе, авторы полагали, что это вещество и придавало гемолитическія свойства добытому ими изъ слизистой желудка и кишекъ липоиду.

Впрочемъ, послѣдній заключается не только въ слизистой оболочкѣ пищеварительнаго тракта больныхъ злокачественнымъ малокровіемъ, но и въ слизистой желудка и кишекъ здороваго человѣка; тѣмъ не менѣе, гемолитическая сила эфирной вытяжки при пернициозной анеміи въ 10 разъ больше силы вытяжки изъ нормальной слизистой желудка и кишекъ.

Введеніе въ желудокъ, а главнымъ образомъ въ кровь животныхъ, постепенно повышаемыхъ количествъ эмульсіи липоидовъ, сопровождалось уменьшеніемъ числа красныхъ кровяныхъ шариковъ и гемоглобина, наличностью пойкилоцитоза, полихроматофилии, появленіемъ мегалоцитовъ; Впрочемъ, весьма важно, что эти анеміи не сопровождались появленіемъ мегалобластовъ въ крови.

Въ предположеніи, что увеличеніе содержанія въ слизистой липоидныхъ веществъ и есть непосредственная причина злокачественнаго малокровія, авторы задаются вопросомъ, всасываются ли они въ увеличенномъ противъ нормы размѣрѣ или же измѣненія самой слизистой какимъ нибудь образомъ повышаютъ гемолитическія свойства липоидовъ, заключающихся въ ней. Казалось бы, что атрофическіе процессы въ слизистой желудочно-кишечнаго канала, такъ часто обнаруживаемые при пернициозной анеміи, даютъ достаточныя указанія для рѣшенія вопроса, однако многочисленныя изслѣдованія показали, что во многихъ случаяхъ злокачественнаго малокровія нѣтъ

---

<sup>1)</sup> Berger und Tsuchija. Beiträge zur Pathogenese der perniciösen Anämie. Deutsch. Arch. für Kl. Medicin. 1909, 96 Bd. 3 и 4 Heft.

основанія говорить объ атрофіи слизистой <sup>1)</sup>; по мнѣнію Berger'a и Tsuchija дѣло идетъ о воспалительномъ интерстиціальномъ процессѣ въ междужелудочной ткани желудка и кишокъ; такое заключеніе выведено ими на основаніи изученія патолого-анатомическихъ препаратовъ въ наблюдавшихся ими случаяхъ злокачественнаго малокровія.

Чтобы подкрѣпить свои воззрѣнія, авторы вызывали воспаленіе слизистой желудка и кишокъ собаки колыхициномъ. Оказалось, что эфирная вытяжка изъ воспаленной слизистой содержала въ значительной степени большія количества липоидныхъ веществъ, чѣмъ нормальная слизистая здоровыхъ собакъ. 2% эмульсія въ физиологическомъ растворѣ эфирной вытяжки вызывала при кормленіи ею кролика замѣтную анемію, сопровождавшуюся анизоцитозомъ, полихроматофиліей и появленіемъ нормобластовъ; мегалобласты ни разу не были обнаружены въ крови.

Авторы считаютъ доказаннымъ повышенное содержаніе гемолитическихъ веществъ въ воспаленной слизистой желудочно-кишечнаго тракта, и что именно таково состояніе слизистой при пернициозной анеміи человѣка и что атрофическіе процессы здѣсь не причеиъ и не имѣютъ никакого значенія въ этиологіи заболѣванія прогрессивнымъ злокачественнымъ малокровіемъ.

Предвидя возраженія, авторы добавляють, что найденныя ими интерстиціальныя измѣненія слизистой кишечника и желудка не слѣдуетъ принимать какъ разлитыя по всему пространству желудочно-кишечнаго тракта; достаточно, если пораженъ небольшой отдѣлъ его, напр., двѣнадцатиперстная кишка, или пораженіе разбросано небольшими участками по длинѣ кишечника для того, чтобы кроверазрушающія вещества, заключающіяся въ больной слизистой, поступали въ кровь; въ этомъ постоянномъ присутствіи въ крови гемолитическихъ веществъ и осуществляется главнѣйшее условіе возникновенія прогрессивнаго малокровія; сюда необходимо присоединить еще одинъ факторъ — состояніе органовъ кроветворенія: при недостаточной функціи послѣднихъ развертывается клиническая и гематологическая картина страданія.

Можно было бы принять неоспоримость доводовъ изслѣдователей, если бы они, вызывая у животныхъ анемію, доказали присутствіе у нихъ въ крови мегалобластовъ, одинъ изъ кардинальныхъ признаковъ прогрессивнаго злокачественнаго малокровія у человѣка; кромѣ того, безспорно существуютъ указанія на атрофическіе процессы въ желудкѣ и кишечникѣ, обнаруживаемыя при аутопсіяхъ случаевъ злокачественнаго малокровія; иногда находили при пернициозной анеміи и нормальные желудки и кишечники. Наконецъ, въ послѣднее время Grafe и Röhmer <sup>2)</sup> доказали присутствіе гемолитическихъ веществъ въ отдѣляемомъ язвъ слизистой кишечника.

<sup>1)</sup> Berger und Tsuchija, loc. cit, стр. 270.

<sup>2)</sup> Grafe und Röhmer: Ueber das Vorkommen hämolytisch wirkender Stoffe und Aetherextrakte der Fäces bei ulcerösen Processen des Darmes. Arch. für Klin. Medicin, 1909, Heft 3 и 4, стр. 403.

Не меньшее значеніе, чѣмъ приведенныя изслѣдованія, имѣютъ эксперименты надъ животными, и многое, что мы знаемъ о патогенезѣ пернициозной анеміи, почерпнуто изъ опытовъ *in anima vili*.

Съ точностью доказана возможность вызывать у животныхъ (собакъ и кроликовъ) измѣненія въ крови совершенно подобныя тѣмъ, которыя наблюдаются у человѣка при пернициозной анеміи; эти измѣненія вызываются введеніемъ въ кровь животныхъ ряда веществъ опредѣленнаго химическаго состава, какъ, напр., пирогаллолъ, толуиленьдіаминъ и другія, а главнымъ образомъ фениль-гидразинъ.

Съ послѣднимъ веществомъ было произведено множество опытовъ<sup>1)</sup>, въ которыхъ было доказано, что фениль-гидразинъ вызываетъ у животныхъ рѣзкое малокровіе съ сопутствующими дегенеративными измѣненіями въ красныхъ кровяныхъ шарикахъ; вмѣстѣ съ ними идутъ и регенеративные процессы въ крови — главнымъ образомъ появленіе нормобластовъ и мегалобластовъ. Въ общемъ, значеніе этихъ экспериментовъ велико: ими доказана возможность вызвать у животныхъ клиническую и гематологическую картину пернициозной анеміи; тѣмъ не менѣе, положеніе вопроса о злокачественномъ прогрессивномъ малокровіи до послѣдняго времени таково: у животныхъ не удавалось вызвать въ крови появленіе мегалобластовъ тѣми веществами, которыя, какъ предполагаютъ, вызываютъ таковое у человѣка; съ другой стороны, и у человѣка до сихъ не наблюдали въ крови явленій, свойственныхъ прогрессивному злокачественному малокровію, которыя можно вызвать экспериментально у животныхъ.

Итакъ, опыты не рѣшаютъ вопроса о томъ, существуютъ ли вещества опредѣленнаго химическаго состава, которыя у здороваго человѣка вызвали бы въ крови измѣненія, подобныя тѣмъ, которыя въ ней находятъ при прогрессивномъ злокачественномъ малокровіи; вопросъ съ теоретической точки зрѣнія интересный потому, что онъ могъ бы выяснить, въ самомъ ли дѣлѣ костный мозгъ человѣка мегалобластически перерождается, а составъ крови получаетъ мегалобластическій характеръ (при прочихъ явленіяхъ внутрисосудистаго гемолиза) лишь при условіи существованія длительнаго раздраженія (Türk), дѣйствующаго на костный мозгъ, или, наоборотъ, кроветворный аппаратъ человѣка обладаетъ способностью чрезвычайно быстро возвращаться къ своему эмбриональному типу, реагируя этимъ на разрушеніе крови внутри сосудистой системы.

Наблюдавшіеся нами неоднократно случаи отравленія фенацетиномъ, при которыхъ производимыя изслѣдованія крови указывали на тяжелыя измѣненія въ составѣ ея, побудили насъ систематически прослѣдить дѣйствіе фенацетина на кровь человѣка при отравленіи этимъ

<sup>1)</sup> Высоцкій. Матеріалы къ вопросу о прогрессивномъ злокачественномъ малокровіи. Дис. Москва. 1906, стр. 66, 216, 218.

веществомъ; въ литературѣ мы не нашли аналогичныхъ случаевъ. Еще въ прошломъ году былъ описанъ случай отравленія фенацетиномъ <sup>1)</sup>, причемъ попутно была приведена и существующая по этому вопросу литература. Авторъ описываетъ случай, гдѣ молодая дѣвушка приняла 25 грм. фенацетина, послѣ чего наступили тяжелыя явленія отравленія: синюха, коллапсъ, различные нервные симптомы; количество красныхъ кровяныхъ шариковъ упало до 3.700.000. Авторъ не находилъ при этомъ „рѣзкихъ морфологическихъ измѣненій“ въ свѣжихъ препаратахъ крови. По литературнымъ справкамъ оказывается, что въ одномъ случаѣ *sepsis*’а отравленіе фенацетиномъ повело къ такимъ измѣненіямъ въ крови, какъ „эритролизъ, пойкилоцитозъ, анизоцитозъ, наличность эритробластовъ“ <sup>2)</sup>. Въ остальныхъ случаяхъ явленія отравленія фенацетиномъ сводились къ глубокимъ кожнымъ расстройствамъ, пораженіямъ нервной системы, сопровождавшимся подчасъ метгемоглобинеміей съ синюхой. Въ этой же статьѣ есть указаніе на то, что при отравленіи фенацетиномъ наблюдалась однажды желтуха; было ли сдѣлано при этомъ изслѣдованіе крови — неизвѣстно.

Не встрѣчаются также указанія на особое свойство фенацетина дѣйствовать на кроветвореніе человѣка и животныхъ — ни въ распространенныхъ руководствахъ по фармакодинамикѣ и токсикологіи, ни въ диссертацияхъ, посвященныхъ вопросу о вліяніи на составъ крови различныхъ фармакологическихъ веществъ <sup>3)</sup>.

Изъ наблюдавшихся нами случаевъ отравленія фенацетиномъ привожу одинъ, гдѣ изслѣдованія крови производились почти ежедневно за все время пребыванія больного въ клиникѣ.

19 апрѣля 1909 года въ терапевтическую клинику Императорской Екатерининской больницы былъ доставленъ въ тяжеломъ состояніи студентъ университета, принявшій въ тотъ же день утромъ, за 5 часовъ до поступленія въ клинику, не менѣе 60 граммъ фенацетина.

Молодой человѣкъ крѣпкаго тѣлосложенія, 23 лѣтъ, происходитъ изъ здоровой семьи; въ дѣтствѣ перенесъ корь, на 13-мъ году отъ роду былъ боленъ перемежающейся лихорадкой. Умѣренное употребленіе спиртныхъ напитковъ и куреніе; *lues* и другія половыя болѣзни отрицаются.

Наружные покровы: кожа и слизистыя оболочки — рѣзко ціанотичны, блѣдно-лиловой окраски.

<sup>1)</sup> М. Г. Сторожева. Къ казуистикѣ отравленія фенацетиномъ. „Мед. Обозрѣніе“, 1909 г., № 9.

<sup>2)</sup> Въ описанномъ случаѣ составъ крови не соотвѣтствуетъ тому, который характеренъ для перниціозной анеміи (нѣтъ указанія на присутствіе мегалобластовъ); кромѣ того, септические процессы сами по себѣ ведутъ къ дегенеративнымъ измѣненіямъ въ крови. См. напр., Heineke und Meyer. Ueber Blutbildung bei schweren Anämien und Leukämien. Archiv. für. Klin. Medic. 1907, Bd. 88, Heft. 4—6, стр. 490.

<sup>3)</sup> Jaksch. Die Vergiftungen. Nothnagels Specielle Pathologie und Therapie. 1897 г., стр. 335.

Pouchet. Leçons de pharmacodynamie et de matière médicale. Paris. 1904.

Майзель. Къ вопросу о вліяніи на кровь нѣкоторыхъ фармакологическихъ средствъ. Диссертация. 1906 г. Москва.

Диспептическихъ явленій нѣтъ, животъ нечувствителенъ, печень и селезенка не увеличены, желтухи нѣтъ; мочеиспусканіе свободно, моча буро-краснаго цвѣта; бѣлка, сахара, желчныхъ пигментовъ не содержитъ; въ осадкѣ ничего ненормальнаго.

Въ органахъ дыханія ничего ненормальнаго. Дыханіе 36.

Сердце не расширено, тоны слабы, пульсъ 150, слабого наполненія, правильный.

Больной жалуется на головокруженіе, сознаніе слегка затемнено, больной безучастно относится къ окружающему, вяло и неохотно отвѣчаетъ на вопросы; зрачки расширены, реагируютъ. Рефлексы сохранены. Больной жалуется на боли въ ногахъ по тракту большеберцовыхъ костей; объективно ничего ненормальнаго открыть не удастся.

Исслѣдованіе крови дало:

красныхъ шариковъ . . . . .	3.180.000
бѣлыхъ „ . . . . .	7.740
Hb. . . . .	35 <sup>0</sup> / <sub>100</sub> .

Больному было сдѣлано промываніе желудка, а затѣмъ венесекція съ послѣдовательнымъ вливаніемъ физиологическаго раствора, послѣ чего ціанозъ нѣсколько уменьшился, одышка стала легче и пульсъ рѣже — 112 въ минуту; къ вечеру состояніе больного ухудшилось: появились общія судороги, ціанозъ усилился, сознаніе затемнено. Въ мочѣ при прибавленіи раствора полуторохлористаго желѣза рѣзкая цвѣтная реакція (цвѣтъ бургундскаго вина).

Слѣдующій день (20/IV) протекъ при полномъ затемненіи сознанія, припадкахъ общихъ судорогъ и сильномъ ціанозѣ. Была повторена венесекція и вливаніе физиологическаго раствора, послѣ чего синюха замѣтно уменьшилась. Пульсъ 100, средняго наполненія, дыханіе 40.

Выпущенная кровь черно-бурого оттѣнка, при спектроскопическомъ изслѣдованіи содержитъ метгемоглобинъ. Въ сывороткѣ крови характерная цвѣтная реакція съ полуторохлористымъ желѣзомъ.

Желчныхъ пигментовъ сыворотка не содержитъ.

Въ мочѣ бѣлка и сахара нѣтъ; назначено слабительное.

На третій день (21/IV) сознаніе прояснилось, судорогъ нѣтъ, общая слабость и вялость. Ціанозъ ясно выраженъ. Обильное послабленіе; въ испражненіяхъ темно-бурого цвѣта — ясная реакція на кровь (Weber). Въ мочѣ немного бѣлка, цвѣтная реакція съ полуторохлористымъ желѣзомъ положительна.

На 4-й день ясно выступила желтуха при уменьшившемся ціанозѣ; печень и селезенка чувствительны при давленіи, равно и толстыя кишки, въ особенности по тракту нисходящей. Пульсъ 88, достаточнаго наполненія; общая слабость. Въ мочѣ бѣлокъ—1<sup>0</sup>/<sub>100</sub> по Эсбаху, реакція съ полуторохлористымъ желѣзомъ — положительная, на кровь — отрицательная; желчныхъ пигментовъ въ мочѣ нѣтъ. Въ осадкѣ — только лейкоциты. Въ испражненіяхъ — реакція на кровь даетъ положительный результатъ.

На 5-й день при сносномъ самочувствіи—усиленіе желтухи; печень увеличена пальца на два противъ нормы, чувствительна; селезенка увеличена, край ея прощупывается въ подреберьи; пульсъ 84, достаточнаго наполненія; въ сывороткѣ крови реакція на желчные пигменты—положительная; рѣзкая реакція на содержаніе желчныхъ пигментовъ и уробилина въ мочѣ. Въ мочѣ бѣлокъ 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub> по Эсбаху.

На шестой день желтуха безъ перемѣны, нѣкоторое уменьшеніе болѣзненности печени и селезенки; въ испражненіяхъ—реакція Weber'a даетъ положительный результатъ. Моча содержитъ въ небольшомъ количествѣ желчные пигменты, много уробилина; реакція съ полуторохлористымъ желѣзомъ даетъ положительный результатъ. Кромѣ бѣлка—въ мочѣ гіалиновые цилиндры.

На 7-й день (25/IV) желтуха значительно меньше, въ сердцѣ появленіе шума съ первымъ временемъ, особенно хорошо слышнаго на art. pulmonalis; въ мочѣ бѣлка 2<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, слабая реакція съ полуторохлористымъ желѣзомъ, мало желчныхъ пигментовъ и уробилина.



Въ теченіе слѣдующихъ трехъ дней (26, 27 и 28/IV) желтуха постепенно уменьшается, печень теряетъ свою чувствительность и по объему приближается къ нормѣ; селезенка не увеличена; въ испражненіяхъ реакція Weber'a даетъ положительный результатъ; въ мочѣ положительная реакція на кровь, отрицательная на желчные пигменты; уробилинъ въ большомъ количествѣ; цвѣтная реакція съ полуторохлористымъ желѣзомъ не удается; въ мочѣ всѣ признаки нефрита: 60/100 бѣлка, зернистые цилиндры, клѣтки почечнаго эпителия, кровяныя тѣльца, лейкоциты, при достаточномъ количествѣ мочи (болѣе 2000 куб. см. въ сутки). На одиннадцатый день (29/IV) болѣзни къ нефриту присоединяется расширеніе сердца, правая граница котораго заходитъ на 1 сантиметръ за правый край грудины и настолько же за сосокъ; языкъ сильно обложенъ, слабость и головокруженіе; окрашиваніе кожи принимаетъ нѣсколько иной, грязноватый оттѣнокъ. Въ слѣдующіе за тѣмъ дни нефритъ быстро улучшается, желтушное окрашиваніе блѣднѣетъ, ціаноза почти нѣтъ, но вмѣсто того температура быстро повышается до 39,5°, въ крови лейкоцитозъ до 36,000; при объективномъ изслѣдованіи органовъ—ничего ненормальнаго.

Въ теченіе слѣдующихъ полутора сутокъ температура понижается до нормы, лейкоцитозъ исчезаетъ, отъ нефрита остаются лишь слѣды—ничтожное количество бѣлка, языкъ очищается.

Въ слѣдующіе затѣмъ дни постепенное улучшеніе. Больной выписался на 19-й день заболѣванія, чувствуя себя здоровымъ. Языкъ чистъ, въ испражненіяхъ реакція на кровь даетъ отрицательный результатъ; въ мочѣ слѣды бѣлка, въ легкихъ и сердцѣ ничего ненормальнаго; желтушная окраска кожныхъ покрововъ исчезла; пульсъ 90, средняго наполненія, ціаноза нѣтъ.

*Реакція Brieger'a*, произведенная дважды — на 4-й и на 10-й день отравленія, удалась: 1: 9 и 1: 7.

За время пребыванія больного въ клиникѣ изслѣдованія крови производились возможно часто; окрашивались препараты крови какъ по методу Giemsa, такъ и обычными способами окраски.

Въ первый день (19/IV) поступленія больного въ клинику составъ крови былъ таковъ: красныхъ кровяныхъ шариковъ 3,180,000, бѣлыхъ 7,740, Hb 35%, Подъ микроскопомъ ничего ненормальнаго.

На второй день (20/IV) при одинаковомъ составѣ крови микроскопическая картина такова: очень небольшія измѣненія въ величинѣ красныхъ кровяныхъ шариковъ по отношенію къ нормальному ихъ діаметру; пойкилоцитоза нѣтъ, окраска нормальна, равно нѣтъ вакуолизаци; на протяженіи большого числа полей зрѣнія попался одинъ нормобластъ.

Составъ бѣлыхъ шариковъ:

нейтрофильныхъ полинуклеаровъ. . . . .	78%
одоядерныхъ. . . . .	19½%
переходныхъ. . . . .	2%
эозинофиловъ. . . . .	1½%

На третій день (21/IV) красныхъ кровяныхъ шариковъ 4,000,000, бѣлыхъ 6,340, Hb-Ind. — 0,65. Кровь, при окраскѣ, не представляетъ большихъ отклоненій отъ нормы.

Составъ крови:

полинуклеаровъ. . . . .	60%
мононуклеаровъ. . . . .	36%
переходныхъ. . . . .	2%
эозинофиловъ. . . . .	2%

Пятый день (23/IV) Hb—58%, красныхъ кровяныхъ шариковъ 4,000,000, бѣлыхъ—4,940, Hb-Ind.—0,72.

Микроскопическая картина крови представляетъ рѣзкія измѣненія: есть макроциты и микроциты; замѣчается полихроматофилія; встрѣчаются тѣльца съ вакуолами, неравно-

мѣрнымъ распредѣленіемъ гемоглобина въ самомъ кровяномъ шарикѣ; попадаются тѣни, въ нѣкоторыхъ эритроцитахъ видны зернышки Grawitz'a, попадаются часто нормобласты и очень немного мегалобластовъ.

Составъ бѣлыхъ шариковъ:

полинуклеаровъ. . . . .	85 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
однойдерныхъ. . . . .	11 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
переходныхъ. . . . .	2 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
эозинофиловъ. . . . .	1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

*Шестой день (24/IV).* Картина крови измѣнилась въ томъ смыслѣ, что въ препаратахъ видны во множествѣ мегалоциты и микроциты, пойкилоцитозъ, тѣни, обломки красныхъ кровяныхъ шариковъ, полихроматофилія; встрѣчаются во множествѣ нормобласты, а также мегалобласты; въ нѣкоторыхъ мегалоцитахъ видны обломки ядра ввидѣ крупныхъ, интенсивно окрашивающихся зернышекъ; въ мегалобластахъ—часто каріокинетическія фигуры.

Составъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ:

полинуклеаровъ. . . . .	46 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
однойдерныхъ. . . . .	42 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
переходныхъ. . . . .	4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
эозинофиловъ. . . . .	7 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
базофиловъ. . . . .	1 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

*Седьмой день (25/IV).* Нб—48<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, красныхъ кровяныхъ шариковъ 3,960,000; бѣлыхъ—4,220; Нб-Ind.—0,61. Въ крови еще больше, чѣмъ наканунѣ, видна картина разрушенія крови—множество обломковъ красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, пойкилоциты, микроциты и мегалоциты; эритроциты полихроматофильные, содержащія зернышки, вакуоли. Во множествѣ встрѣчаются нормобласты и мегалобласты.

Встрѣчаются нормобласты съ фрагментированными ядрами, содержащіе 3 или 4 небольшихъ ядра; видны ядра нормобластовъ, покидающія кровяныя тѣльца, видны и свободно лежащія ядра.

Составъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ:

полинуклеаровъ. . . . .	43 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
однойдерныхъ. . . . .	50 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
переходныхъ. . . . .	2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
эозинофиловъ. . . . .	5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

*Восьмой день (26/IV).* Та же картина, что и наканунѣ, т.е. обломки, пойкилоцитозъ, тѣни, вакуоли въ шарикахъ, полихроматофилія, зернышки Grawitz'a. Нормобластовъ меньше чѣмъ вчера, но зато во множествѣ мегалобласты. Много мегалоцитовъ.

Составъ бѣлыхъ шариковъ:

полинуклеаровъ. . . . .	55 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
однойдерныхъ. . . . .	30 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
переходныхъ. . . . .	5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
эозинофиловъ. . . . .	6 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Mastzellen. . . . .	4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

*Девятый день (27/IV).* Попрежнему—анизцитозъ, пойкилоцитозъ, мегалоциты, тѣни, полихроматофилія, нормоциты и во множествѣ мегалобласты.

Составъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ:

полинуклеаровъ. . . . .	61 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
однойдерныхъ. . . . .	36 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
переходныхъ. . . . .	2,9 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
эозинофиловъ. . . . .	0,7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

*Десятый день (28/IV).* Въ общемъ та же картина, что и на 9-й день, въ каждомъ полѣ зрѣнія множество нормобластовъ и мегалоцитовъ.

Составъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ:

полинуклеаровъ. . . . .	77 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
однойдерныхъ . . . . .	20 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
переходныхъ. . . . .	1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
эозинофиловъ . . . . .	2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

*Одиннадцатый день (29/IV).* Нб.—15<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, красныхъ кровяныхъ шариковъ 920,000, бѣлыхъ 36,680; Нб-Ind.—0,82.

Микроскопическая картина препаратовъ крови въ общемъ напоминаетъ два предыдущихъ дня, съ той только разницей, что мегалобластовъ стало значительно меньше; очень много нормобластовъ и свободно лежащихъ ядеръ.

Составъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ:

полинуклеаровъ нейтрофиловъ . . . . .	82 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
однойдерныхъ . . . . .	15 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
эозинофиловъ . . . . .	2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
переходныхъ . . . . .	1 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

*Двѣнадцатый день (30/IV).* Нб.—10<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, красныхъ кровяныхъ шариковъ—910,000, бѣлыхъ—15,335; Нб-Ind.—0,56. Такія же измѣненія, что и въ предыдущіе три дня: анизоцитозъ, пойкилоцитозъ, мегалоциты, тѣни, [обломки красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, во множествѣ нормобласты, встрѣчаются свободныя ядра, видны картины каріорексиса, выходѣнія ядеръ изъ эритроцитовъ; много мегалобластовъ.

*Тринадцатый день (1/V).* Значительныя измѣненія въ крови къ лучшему; пойкилоцитозъ и анизоцитозъ меньше; полихроматофилія замѣтна, равно и наличность зернистости въ эритроцитахъ. Очень много нормобластовъ, мегалобластовъ очень мало.

Составъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ:

полинуклеаровъ . . . . .	80 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
однойдерныхъ . . . . .	16 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
переходныхъ . . . . .	2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
эозинофиловъ . . . . .	2 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

*Четырнадцатый день (2/V).* Нб.—24<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, красныхъ кровяныхъ шариковъ—1,280,000; бѣлыхъ—8,100; Нб-Ind—0,93.

*Пятнадцатый день (3/V).* Микроскопическая картина крови стала замѣтно приближаться къ нормальной; нѣтъ распада, незначительный пойкилоцитозъ; немного микро- и макроцитовъ, нормобласты обнаружены въ незначительномъ количествѣ, мегалобласты не найдены.

Составъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ:

полинуклеаровъ. . . . .	72,6 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
однойдерныхъ . . . . .	24 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
переходныхъ. . . . .	3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
эозинофиловъ . . . . .	2,4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

*Семнадцатый день (5/V).* Нб.—23<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, красныхъ кровяныхъ шариковъ—1,200,000; бѣлыхъ—7,740; Нб-Ind.—0,94. Красныя кровяныя шарики все еще неравномѣрной величины, встрѣчаются пойкилоциты, микроциты и немного мегалоцитовъ; нормобласты не обнаружены, равно нѣтъ и мегалобластовъ.

Составъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ:

полинуклеаровъ . . . . .	73 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
однойдерныхъ. . . . .	24 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
переходныхъ . . . . .	11 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
эозинофиловъ. . . . .	11 <sup>1</sup> / <sub>2</sub> <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

*Девятнадцатый день (7/V).* Въ крови очень умѣренный пойкилоцитозъ, встрѣчаются микроциты; мегалоциты обнаружены въ единичныхъ экземплярахъ; очень рѣдко виденъ нормобластъ; мегалобласты не обнаружены.

Составъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ:

полинуклеаровъ . . . . .	66%
однойдерныхъ . . . . .	22%
переходныхъ . . . . .	3%
эозинофиловъ . . . . .	2%

Измѣненія, замѣчаемая въ крови при остромъ отравленіи фенацетиномъ, какъ видно, совершенно подобны тѣмъ, которыя мы находимъ у человѣка при прогрессивномъ злокачественномъ малокровіи, а также у животныхъ, отравленныхъ фенилъ-гидразиномъ и аналогично ему дѣйствующими гемолитическими ядами; все, что считается характерными измѣненіями въ крови при пернициѳозной анеміи, найдено нами и при отравленіи фенацетиномъ, начиная отъ въ высокой степени выраженныхъ дегенеративныхъ процессовъ въ крови, сопровождающихся мегалобластической реакціей со стороны костнаго мозга, и кончая желтухой гематогеннаго происхожденія. Если и встрѣчаются нѣкоторыя отступленія, напр., повышенное содержаніе въ крови отравленнаго фенацетиномъ противъ такового при пернициѳозной анеміи распада красныхъ шариковъ, то это, конечно, зависитъ лишь отъ степени гемолиза.

То же и относительно Hb—Index'a: въ общемъ онъ приближается къ тому, который считаютъ характернымъ для злокачественнаго малокровія, т.-е. держится близко къ единицѣ, въ нѣкоторые же дни показатель значительно понижался.

Подобныя колебанія, завися отъ различныхъ причинъ, встрѣчаются также нерѣдко и при пернициѳозной анеміи человѣка, причемъ они могутъ быть очень значительны, понижаясь въ нѣкоторыхъ случаяхъ до 0,45 <sup>1)</sup>. Подобныя колебанія объясняются не только болѣшимъ или меньшимъ преобладаніемъ въ крови мегалоцитовъ или микроцитовъ, но и тѣми затрудненіями при счетѣ красныхъ кровяныхъ шариковъ, которыя неминуемо возникаютъ при значительныхъ деструктивныхъ процессахъ въ крови <sup>2)</sup>.

Послѣдовательность измѣненій въ морфологическомъ составѣ крови описаннаго случая отравленія фенацетиномъ такова: распадъ эритроцитовъ съ пойкилоцитозомъ и анизоцитозомъ; все это наступило на 3-й день отравленія; нормобласты находятся въ крови уже на вторыя сутки (впрочемъ, въ ограниченномъ количествѣ); мегалобласты же обнаружены въ крови на исходѣ 4-хъ сутокъ; наибольшее ихъ содержаніе въ крови было опредѣлено на 8—11 день послѣ отравленія, къ

<sup>1)</sup> Высоцкій. Loc. cit. Случ. № 4, стр. 173; случай № 2, стр. 157.

<sup>2)</sup> Ernst Grawitz. Klinische Pathologie des Blutes. Leipzig. 1906, стр. 290 и 295.  
Meyer und Heineke. Ueber Blutbildung bei schweren Anämien und Leukämien.  
Deutsch. Arch. für Klin. Medicin. 1907, Bd. 88, Heft 4—6, стр. 490.

15-му же дню количество ихъ въ крови становится ничтожнымъ, несмотря на то, что въ это время качественно и количественно составъ крови далеко еще не находился на пути къ улучшенію. Подобнаго рода явленіе можетъ найти себѣ объясненіе въ томъ, что мегалобластическое перерожденіе костнаго мозга есть процессъ вторичный, не идущій рука объ руку съ степенью обѣднѣнія крови форменными элементами; наличность мегалобластовъ въ крови, свидѣтельствуя о мегалобластическомъ перерожденіи костнаго мозга, иначе говоря о возвратѣ его къ эмбриональному типу, есть лишь выраженіе тяжести пораженія кроветворныхъ органовъ и отвѣтной на него реакціи со стороны послѣднихъ; присутствіе мегалобластовъ въ крови не можетъ служить къ опредѣленію сущности и патогенеза прогрессивнаго злокачественнаго малокровія, такъ какъ не присуще одному послѣднему.

Предполагаютъ, что мегалобласты суть тотъ послѣдній резервъ красныхъ кровяныхъ шариковъ, который поступаетъ въ кругъ кровообращенія съ цѣлю пополнить нарастающую убыль въ эритроцитахъ крови. Дѣйствительно, достойно вниманія, что при экспериментальномъ малокровіи у животныхъ и въ нашемъ случаѣ отравленія фенацетиномъ, количество мегалобластовъ подвергалось колебаніямъ и стояло въ обратной зависимости отъ числа нормобластовъ въ крови <sup>1)</sup>.

При отравленіи фенацетиномъ, какъ и при злокачественномъ прогрессивномъ малокровіи, въ нормобластахъ и въ мегалобластахъ видны явленія каріорексиса и каріопикноза, указывающія на готовящееся исчезновеніе ядра внутри кровяного шарика—какъ это можно видѣть вообще въ крови тяжелыхъ случаевъ анемій; нерѣдко, впрочемъ, наблюдалось выходженіе ядра изъ тѣла нормобласта и мегалобласта; по отношенію къ нормобласту превращеніе его въ эритроцитъ путемъ выходженія ядра изъ тѣла кровяного шарика—считается нормальнымъ; для мегалоцита — каріолизъ ядра въ тѣлѣ мегалобласта есть процессъ превращенія послѣдняго въ первый (Ehrlich).

Другіе авторы, напримѣръ Grawitz <sup>2)</sup>, утверждаютъ, что и въ нормобластѣ можно наблюдать распадъ ядра на отдѣльные зерна, такъ что ядро гибнетъ внутри краснаго шарика, не покидая его предѣловъ.

Въ нашихъ препаратахъ попадаютъ мегалоциты, содержащіе въ себѣ многочисленные остатки распавшагося ядра, съ другой стороны—встрѣчаются и мегалобласты, гдѣ видно выходженіе ядра изъ тѣла, совершающееся подобнымъ же образомъ, какъ и у нормобласта <sup>3)</sup>. Въ препаратахъ намъ не приходилось встрѣчать красные кровяные ша-

---

<sup>1)</sup> Высоцкій. Loc. cit., стр. 260 и 303.

<sup>2)</sup> Grawitz. Loc. cit., стр. 107.

<sup>3)</sup> Bèclère. Evolution du mégaloblaste dans la leucémie myéloïde. La Semaine Médicale. 1909, № 15, стр. 180.

рики, заключающіе въ себѣ тонкія кольца, описанныя Schleip'омъ <sup>1)</sup>, уцѣлѣвшую оболочку ядра кровяного шарика.

Что касается измѣненій въ числѣ и относительномъ составѣ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, то въ общемъ они мало отличаются отъ тѣхъ, которыя наблюдаются при пернициозной анеміи у человѣка; въ тѣ дни, когда красные кровяные шарики являли тѣ же измѣненія, что и при злокачественномъ малокровіи, количество бѣлыхъ шариковъ было также уменьшено, какъ и при пернициозной анеміи; на 11-й день, когда въ составѣ крови уже замѣчался нѣкоторый поворотъ къ лучшему, лейкопенія смѣнилась чрезвычайно высокимъ лейкоцитозомъ (36.000), который не было причины связать съ какими бы то ни было осложненіями, напр. воспаленіемъ; этотъ лейкоцитозъ уже черезъ три дня смѣнился нормальнымъ содержаніемъ бѣлыхъ шариковъ въ крови; о подобныхъ лейкоцитозахъ, предшествующихъ улучшенію состоянія крови въ нѣкоторыхъ случаяхъ анемій, сообщаетъ Noorden; называетъ онъ это явленіе „Blutkrise“.

Замѣчательно, что и составъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ былъ вполне подобенъ тому, который считаютъ характернымъ для злокачественнаго малокровія — преобладаніе одноклеточныхъ лейкоцитовъ надъ полинуклеарами; по мѣрѣ улучшенія состоянія крови, составъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ сталъ постепенно приближаться къ нормальному.

Во многихъ препаратахъ полинуклеары оказались съ чрезвычайно слабо развитой зернистостью; наряду съ подобными встрѣчались экземпляры съ нормальной зернистостью; это явленіе описано не только при міелоидныхъ лейкозіяхъ, но и при другихъ тяжелыхъ страданіяхъ кроветворной системы, въ частности при пернициозной анеміи <sup>2)</sup>.

Если припомнить, что, помимо, описанныхъ измѣненій въ крови, въ нашемъ случаѣ мы отмѣтили желтуху, десквамативный нефритъ и Blutkrise, то этимъ можно считать заполненнымъ пробѣлъ, существовавшій между экспериментальнымъ малокровіемъ у животныхъ и клинической формой пернициозной анеміи человѣка.

---

<sup>1)</sup> Schleip. Ueber Ringkörper im Blute Anämischer. Deutsch. Archiv. für Klin. Medic. 1907, Bd. 91, Heft 5 и 6.

<sup>2)</sup> Türk. Vorlesungen über Klinische Hämatologie. Wien und Leipzig. 1904. Стр. 353.

### Гематологическій признакъ миксэдемы.

Явленіе относительнаго лимфоцитоза въ крови, т. наз. симптомъ Pinkus'a, имѣетъ помимо общепатологическаго интереса немаловажное діагностическое значеніе.

Мы знаемъ, какой вѣсь, въ ряду другихъ симптомовъ болѣзни, имѣетъ нахожденіе въ крови относительнаго лимфоцитоза для распознаванія, такъ называемой, гиперпластической псеидолейкэміи; тотъ же симптомъ Pinkus'a характеренъ для лимфомъ туберкулезнаго происхожденія<sup>1)</sup>,—онъ является почти постояннымъ при Базедовой болѣзни, гдѣ увеличеніе числа малыхъ лимфоцитовъ и большихъ одноядерныхъ лейкоцитовъ составляетъ почти постоянное явленіе, на основаніи котораго предложено дифференцировать клинически неясныя формы Базедовой болѣзни.

Это явленіе относительнаго лимфоцитоза, присущаго Базедовой болѣзни, не можетъ однако служить дифференціальнымъ признакомъ для отличія первой отъ случаевъ обыкновенныхъ струмъ; при послѣднихъ также находятъ въ крови относительный и абсолютный лимфоцитозъ, происхожденіе котораго впрочемъ слѣдуетъ искать въ лимфоцитарныхъ скопленіяхъ, находимыхъ въ существѣ гипертрофированной щитовидной железы<sup>2)</sup>. Наоборотъ лимфоцитозъ при Базедовой болѣзни объясняетъ хеміотактическимъ воздѣйствіемъ секрета повышено функционирующей щитовидной железы<sup>3)</sup>; за это говорятъ наблюденія Caro, согласно которымъ дача тиреоидина здоровымъ людямъ вызываетъ у послѣднихъ лимфоцитозъ въ крови.

Діагностическое значеніе имѣетъ лимфоцитозъ и при нѣкоторыхъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, главнымъ образомъ, при брюшномъ тифѣ; извѣстно, что лейкопенія, иначе говоря, обѣднѣніе крови бѣлыми шариками составляетъ одну изъ постоянныхъ особенностей

---

<sup>1)</sup> Fabian. Ueber den Werth des Pinkusschen Zeichens. Deutsch. Med. Woch. 1910, № 6.

<sup>2)</sup> Roth. Blutuntersuchungen bei Morbus Basedowi. Deuts. Med. Woch. 1910. № 6.

Михайловъ. Измѣненія крови при болѣзни Basedow'a. Практич. Врачъ. 1909. Октябрь.  
Kappis. Sur la lymphocytose du sang de la maladie de Basedow et dans le goître. La Semaine Médicale. 1910. № 32 стр. 377.

<sup>3)</sup> Эти измѣненія въ крови могутъ развиваться втеченіе немногихъ дней, какъ мы это наблюдали у больной съ быстро развившимися симптомами Базедовой болѣзни.

этого заболѣванія; отсутствіе лейкопеніи всегда внушаетъ подозрѣніе, если не въ правильности діагноза, то въ наличности какихъ-либо осложненій; этому феномену, нѣкоторые придаютъ не меньшее діагностическое значеніе чѣмъ феномену Vidal'я, который въ первую недѣлю заболѣванія брюшнымъ тифомъ даетъ въ доброй половинѣ случаевъ отрицательный результатъ; лейкопеніи всегда сопутствуетъ и лимфоцитозъ, т.-е. численное противъ нормы увеличеніе лимфоцитовъ на счетъ полинуклеаровъ крови; этотъ относительный лимфоцитозъ и является важнымъ подспорьемъ для распознаванія тѣхъ случаевъ брюшного тифа, гдѣ отсутствуютъ и другіе серодіагностическіе и гематологическіе признаки <sup>1)</sup>).

Если признать, что лимфоцитозъ, какъ симптомъ, присущій определеннымъ заболѣваніямъ, встрѣчается въ ограниченномъ числѣ клиническихъ формъ, то тѣмъ болѣе выигрываетъ онъ въ діагностическомъ значеніи. Въ настоящей замѣткѣ мы желали бы обратить вниманіе на измѣненія въ крови встрѣчающіяся при слизистомъ отека. На лимфоцитозъ въ крови больныхъ миксѣмой обратили вниманіе Bence и Engel <sup>2)</sup>); въ пяти случаяхъ слизистаго отека, изслѣдованныхъ ими, нашлись измѣненія въ относительномъ составѣ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, которыя авторы считаютъ характерными для миксѣмы.

Въ общемъ эти измѣненія сводятся къ слѣдующему: при обычно нормальномъ состояніи количественномъ и качественномъ красныхъ кровяныхъ шариковъ и при неизмѣненномъ количествѣ бѣлыхъ, въ крови больныхъ слизистымъ отекомъ, отмѣчаются эозинофілія и относительный лимфоцитозъ т.-е. ненормальное увеличеніе числа лимфоцитовъ. Для оцѣнки значенія произведенныхъ авторами наблюденій, важно, что при счетѣ различныхъ видовъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, ими вовсе не упоминается о числѣ большихъ лимфоцитовъ (мононуклеаровъ), а также и числѣ переходныхъ формъ; этимъ можно объяснить то противорѣчіе, которое возникаетъ при сравненіи результатовъ изслѣдованія крови у животныхъ, лишенныхъ щитовидной железы, нашихъ наблюденій надъ больными слизистымъ отекомъ и изслѣдованіями Bence и Engel'я.

Въ крови животныхъ съ вырѣзанной щитовидной железой находятся по наблюденіямъ Esser'а множество одноядерныхъ лейкоцитовъ костномозгового происхожденія, иногда со слѣдами нейтрофильной зернистости. Тѣ же самыя формы находимъ и мы у больныхъ миксѣмой.

Bence и Engel, какъ выше упомянуто, говорятъ лишь объ увеличеніи числа типичныхъ лимфоцитовъ и эозинофиловъ, а потому и полагаютъ анатомическимъ субстратомъ измѣненій въ крови боль-

<sup>1)</sup> Blum. Valeur des méthodes de laboratoire dans le diagnostic de la fièvre typhoïde. Sem. Médicale. 1907. № 37.

<sup>2)</sup> I. Bence und Engel. Ueber Veränderungen des Blutbildes bei Myxoedem. Wiener kl. Woch. 1908. № 25.



ныхъ слизистымъ отекомъ лимфоидную метаплазію костнаго мозга; увеличеніе эозинофиловъ объясняютъ хеміотактическимъ вліяніемъ циркулирующихъ въ крови веществъ.

Ввиду указанныхъ противорѣчій между экспериментальными данными и наблюденіями Bence и Engel'я, мы позволяемъ себѣ привести изслѣдованія крови, произведенныя нами у больныхъ слизистымъ отекомъ въ различныхъ по силѣ и развитію проявленіяхъ этой болѣзни.

#### 1-й случай.

Больная К., 47 лѣтъ, страдаетъ около трехъ лѣтъ отечнымъ состояніемъ лица, ногъ, туловища, общей слабостью, апатіей и потерей памяти.

Съ дѣтства была способнымъ ребенкомъ, съ 20 лѣтъ учительствовала, имѣла двухъ дѣтей, умершихъ въ раннемъ возрастѣ. Potus и lues отрицаются.

Два года назадъ наступилъ сімах; три года назадъ постепенно стали нарастать явленія миксэдемы; неоднократныя изслѣдованія мочи бѣлка въ послѣдней не открывали.

Больная поступила въ терапевтическую клинику 20 октября 1909 г. Наружность характерная для слизистаго отека; лицо одутловатое, неподвижное, блѣдно-желтаго цвѣта, кожа суха, своеобразно отечна; при этомъ потеря памяти, апатія, затрудненная рѣчь. Щитовидная железа въ состояніи атрофіи, во внутреннихъ органахъ ничего ненормальнаго; въ мочѣ бѣлка нѣтъ. Суточн. кол. выдѣленія мочевины 16,8 гр. Изслѣдованіе крови: красныхъ кровяныхъ шариковъ 3.800.000; Нв.—90%; бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ 4.904;

Подсчетъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ далъ слѣдующее:

Полинуклеаровъ. . . . .	31 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Лимфоцитовъ. . . . .	22 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Большихъ мононуклеаровъ. . . . .	31 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Переходныхъ. . . . .	10 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Эозинофиловъ. . . . .	6 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

Больной назначено леченіе тиреоидиномъ, gland. thyreoid. sicc. по 0,1—3—4 раза въ день.

Черезъ недѣлю наступаетъ улучшеніе всѣхъ симптомовъ; суточное выдѣленіе мочевины достигаетъ 33,0 гр. въ сутки.

Изслѣдованіе крови. Счетъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ даетъ:

Полинуклеаровъ . . . . .	39 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Лимфоцитовъ. . . . .	35 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Большихъ мононуклеаровъ. . . . .	18 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Переходныхъ. . . . .	4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Эозинофиловъ. . . . .	3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

Черезъ недѣлю при прогрессирующемъ улучшеніи:

Полинуклеаровъ. . . . .	44 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Лимфоцитовъ. . . . .	8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Большихъ мононуклеаровъ. . . . .	36 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Переходныхъ. . . . .	8 <sup>3</sup> / <sub>4</sub> <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Эозинофиловъ. . . . .	3 <sup>1</sup> / <sub>4</sub> <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Суточное количество мочевины. . . . .	26,5 гр.

Черезъ 4 недѣли по поступленіи больной въ клинику счетъ бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ даетъ слѣдующія числа.

Общее число бѣлыхъ тѣлецъ. . . . .	4.940
Полинуклеаровъ. . . . .	50 <sup>3</sup> / <sub>5</sub> <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Лимфоцитовъ. . . . .	71 <sup>1</sup> / <sub>3</sub> <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

Большихъ мононуклеаровъ. . . . . 29%  
 Переходныхъ. . . . . 10%  
 Эозинофиловъ. . . . . 31/8%  
 При этомъ 3.600.000 красныхъ кровяныхъ шариковъ при 70% Нв.

Больная выписывается, чувствуя себя здоровой. Исчезновение всехъ бывшихъ симптомовъ микседемы.



Больная К. въ началѣ леченія тиреоидиномъ. Больная К. послѣ 4-хнедѣльнаго леченія тиреоидиномъ.

## 2-й случай.

И. С. 60 лѣтъ, вдова, больна 4 года; за это время стала замѣчать, что у нея опухаетъ лицо, главнымъ образомъ щеки, вѣки и лобъ, теряется память, выпадаютъ волосы; больная стала апатична и равнодушна ко всему окружающему. Въ мочѣ—ничего ненормальнаго. Внутренніе органы здоровы. Сімахъ съ 53 лѣтъ. За послѣдній годъ принимаетъ по временамъ тиреоидинъ, леченіе—которое благопріятно отзывается на больной: уменьшаются отеки и улучшается общее состояніе.

Исслѣдованіе крови, произведенное 1 февр. 1910 г., дало: красныхъ кровяныхъ шариковъ 4.500.000; бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ 6.000; Нв.—90%.

Полинуклеаровъ. . . . . 45%  
 Лимфоцитовъ. . . . . 34%  
 Большихъ мононуклеаровъ. . . . . 11%  
 Переходныхъ. . . . . 2%  
 Эозинофиловъ. . . . . 8%

Повторное исслѣдованіе крови, произведенное черезъ три недѣли, дало:

Общее число бѣлыхъ. . . . . 5.500  
 Полинуклеаровъ. . . . . 50%  
 Лимфоцитовъ. . . . . 32%  
 Большихъ мононуклеаровъ. . . . . 9%  
 Переходныхъ. . . . . 4%  
 Эозинофиловъ. . . . . 6%

### 3-й случай.

Г-жа З. 49 лѣтъ, жалуется на общую слабость, апатію, потерю памяти, на отекъ лица, рукъ и ногъ. 1½ года наступилъ слѣтах; больной себя чувствуетъ около года. При повторномъ изслѣдованіи мочи бѣлка въ ней не обнаружено. Щитовидная железа представляется уменьшенной въ объемъ. Изслѣдованіе крови, произведенное въ клиникѣ 12 мая 1910 г., дало: Нб. 65%; красныхъ кровяныхъ шариковъ 4.300.000; бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ 7.000.

Полинуклеаровъ . . . . .	51%
Лимфацитовъ . . . . .	28%
Большихъ одноядерныхъ . . . . .	11%
Переходныхъ . . . . .	4%
Эозинофиловъ . . . . .	6%

Лечение тиреоидиномъ дало улучшение общихъ и мѣстныхъ симптомовъ миксѣдемы; повторное изслѣдованіе крови не удалось сдѣлать.

### 4-й случай.

Г-жа М. К, 46 лѣтъ чувствуетъ себя 2 года усталой, апатичной; годъ назадъ стала замѣчать, что у ней отекаетъ лицо, кожа становится сухой и грубой, слабѣетъ память, рѣчь становится „несвободной“. Подобное состояніе приписывалось различнымъ причинамъ: фибромъ матки, удаленной нѣсколько лѣтъ назадъ, болѣзни почекъ, ввиду нахожденія слѣдовъ бѣлка въ мочѣ больной и т. д.

Изслѣдованіе крови, произведенное 11 февраля 1911 г., дало: красныхъ кровяныхъ шариковъ — 4.000.000; Нб. — 60%; бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ — 3.900.

Полинуклеаровъ . . . . .	57%
Лимфацитовъ . . . . .	22%
Большихъ мононуклеаровъ . . . . .	14%
Переходныхъ . . . . .	3%
Эозинофиловъ . . . . .	4%

Послѣ двухнедѣльнаго леченія тиреоидиномъ наступило значительное улучшение мѣстныхъ и общихъ проявленій миксѣдемы.

Изслѣдованіе крови больныхъ миксѣдемой въ различныхъ формахъ ея проявленія, легкихъ и тяжелыхъ, приводило насъ къ одному результату; характернымъ для слизистаго отека слѣдуетъ считать такой составъ бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ: значительное уменьшеніе полинуклеаровъ, взаимнъ которыхъ увеличивается число одноядерныхъ формъ, причемъ мононуклеозъ, т.е. увеличеніе числа большихъ одноядерныхъ лейкоцитовъ, есть явленіе постоянное, достигающее по временамъ большихъ размѣровъ, до 36% всего количества бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, и характерное для всѣхъ видовъ слизистаго отека.

Количество лимфацитовъ стоитъ въ обратномъ отношеніи къ количеству одноядерныхъ лейкоцитовъ (мононуклеаровъ).

Наряду съ описанными измѣненіями характерны: эозинофілія и увеличеніе числа такъ наз. переходныхъ формъ.

Esser <sup>1)</sup>, производившій удаленіе щитовидной железы у кроликовъ и собакъ (наблюдая при этомъ, чтобы не повредить glandulae parathyreoideae) находилъ въ крови оперированныхъ животныхъ кромѣ уменьшенія гемоглобина и числа красныхъ кровяныхъ шариковъ

<sup>1)</sup> Esser. Blut und Knochenmark noch Ausfall der Schilddrüsenfunktion. Deutsch. Arch. f. Klin. Medic. 89 Bd. Heft. 5 и 6, стр. 590 и 592.

ковъ увеличеніе числа большихъ одноядерныхъ лейкоцитовъ, а также лимфоидныхъ костномозговыхъ клѣтокъ, которыя по своимъ морфологическимъ особенностямъ имѣють близкое отношеніе къ міэлоцитамъ.

Подобныя измѣненія въ крови животныхъ, которымъ удалена щитовидная железа, сопутствуются также измѣненіями и въ костномъ мозгу.

Въ послѣднемъ замѣчается уменьшеніе числа міэлоцитовъ и наоборотъ, увеличеніе числа лимфоидныхъ клѣтокъ съ темноокрашеннымъ ядромъ и базофильноокрашенной протоплазмой, въ которой иногда замѣчается зернистость нейтрофильная или эозинофильная. Авторъ рассматриваетъ ихъ какъ предварительную ступень въ развитіи міэлоцитовъ.

Подобная патологоанатомическая картина не стоитъ въ противорѣчіи съ тѣмъ, что видѣлъ Kraus въ костномъ мозгу собакъ, лишенныхъ щитовидной железы <sup>1)</sup>; заполненіе препаратовъ костного мозга большими и малыми лимфоцитами. По Nägeli—первые—тѣ же міэлобласты, по Pappenheim'у, лимфоциты костного мозга—это тѣ основныя клѣтки, изъ которыхъ развиваются всѣ остальные клѣтки костного мозга.

Итакъ, то, что мы наблюдали въ крови больныхъ микседемой, совпадаетъ съ экспериментальными данными Esser'a, а также той гематологической картиной, которую описалъ Leichtenstern въ одномъ случаѣ—*myxoedema operativum* и въ одномъ случаѣ слизистаго отека, описаннаго Esser'омъ <sup>2)</sup>

Если пытаться объяснить происхожденіе гематологическихъ особенностей микседемы, то естественнѣе всего предположить, что уменьшеніе полинуклеаровъ, циркулирующихъ въ крови, есть непосредственное слѣдствіе уменьшенія міэлоцитовъ въ костномъ мозгу; подобное предположеніе подтверждается изслѣдованіемъ Esser'a и Kraus'a, о которыхъ уже было выше упомянуто; съ другой стороны мы знаемъ, что и въ нормѣ въ кровяномъ руслѣ циркулируютъ одноядерные лейкоциты костномозгового происхожденія; увеличеніе числа ихъ въ крови является послѣдствіемъ компенсаторной ихъ пролифераціи въ костномъ мозгу; послѣднее подтверждено Esser'омъ и Kraus'омъ; поэтому можно, согласно съ возрѣніями Pappenheim'a, видѣть въ описанномъ явленіи указаніе на недостаточное по количеству вызрѣваніе въ костномъ мозгу міэлоцитовъ, ведущее непосредственно къ обдѣнѣнію крови полинуклеарами.

Что именно подавляетъ при микседемѣ міэлоцитарную дѣятельность костного мозга—трудно сказать, но что при этомъ большіе одноядерные лейкоциты берутъ на себя задачу пополненія числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ въ крови вслѣдъ за убывающими нейтрофилами и что первые являются какъ бы замѣстителями послѣднихъ, это не подлежитъ сомнѣнію послѣ изслѣдованій Ziegler'a и

<sup>1)</sup> См. Esser, loc. cit. стр. 585, примѣч. 1.

<sup>2)</sup> Loc. cit. стр. 580.

Schlecht'a<sup>1)</sup>), которые, изучая регенеративные процессы въ костномъ мозгу, наступающіе вслѣдъ за лейкоцитозомъ инфекціоннаго происхожденія, показали, что естественной реакціей на усиленное потребленіе и распадъ нейтрофиловъ въ кровномъ руслѣ является не только усиленное образованіе міелоцитовъ въ костномъ мозгу, но и пролиферація тѣхъ одноядерныхъ лейкоцитовъ (мононуклеаровъ), которые и въ нормѣ встрѣчаются въ небольшомъ количествѣ въ крови; въ этомъ случаѣ большіе мононуклеары и переходныя формы стоятъ въ близкомъ отношеніи къ нейтрофиламъ, служатъ какъ бы показателями регенеративныхъ процессовъ, наступающихъ въ костномъ мозгу вслѣдъ за недостаточной функціей міелоцитарнаго аппарата костнаго мозга.

Упомянутыя изслѣдованія Bence и Engel'я, которые искали въ крови больныхъ миксѣмой большія одноядерныя клѣтки съ базофильной протоплазмой, круглымъ ядромъ и слѣдами нейтрофильной зернистости и не находили подобныхъ, не имѣютъ рѣшающаго значенія потому, что Esser, Ziegler и Schlecht говорятъ о большихъ одноядерныхъ лейкоцитахъ, встрѣчающихся въ крови тиреоидеэктомированныхъ животныхъ въ значительно большемъ противъ нормы количествѣ; міелоциты же и родственныя имъ формы находятся въ крови въ ничтожномъ количествѣ, и если Bence и Engel говорили объ относительномъ лимфоцитозѣ у больныхъ слизистымъ отекомъ, то они не упомянули о мононуклеозѣ, характерной чертѣ гематологической картины слизистаго отека.

Въ заключеніе думаемъ, что существующія въ настоящее время клиническія и экспериментальныя данныя позволяютъ съ достаточной точностью высказать слѣдующія положенія:

Составъ крови больныхъ миксѣмой соотвѣтствуетъ тому, который наблюдается у животныхъ, лишенныхъ щитовидной железы.

Измѣненія въ крови больныхъ миксѣмой указываютъ на парціальныя измѣненія костнаго мозга — поражается такъ называемая міелоцитарная его функція.

Эти измѣненія, сказывающіяся въ нейтрофильной лейкопении и въ обѣднѣнии міелоцитами костнаго мозга — очень стойки, продолжая существовать, несмотря на улучшеніе другихъ болѣзненныхъ симптомовъ. Характерная особенность крови больныхъ миксѣмой — содержаніе въ ней большого количества одноядерныхъ лейкоцитовъ, составляющихъ въ нормѣ обыкновенно не болѣе 2%, всего состава бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ.

Постоянна также и эозинофилия.

Описанныя измѣненія, будучи постоянными при слизистомъ отекѣ, имѣютъ діагностическое значеніе и составляютъ гематологическій признакъ миксѣмы.

---

<sup>1)</sup> Ziegler u. Schlecht. Untersuchungen über die leucocytotischen Blutveränderungen bei Infektionskrankheiten und deren physiologische Bedeutung. Deut. Arch. für Klin. Medic. 92 Bd. Heft. 5 u. 6. Стр. 598.

## Къ вопросу о лѣченіи остраго общаго гнойнаго перитонита.

Приводимымъ ниже случаемъ остраго общаго гнойнаго перитонита, окончившимся благополучно, мы пользуемся, чтобъ лишній разъ коснуться вопроса о лѣченіи этого заболѣванія, сравнительно мало затронутаго въ нашей отечественной литературѣ. Онъ представляетъ также несомнѣнный интересъ въ этиологическомъ отношеніи. Мы приводимъ его въ самомъ краткомъ извлеченіи.

Больная Васса Б. 18 лѣтъ, дѣвица, поступила въ октябрѣ 1908 года въ Хирургическую клинику Императорской Екатерининской больницы послѣ двухъ приступовъ несомнѣннаго аппендицита. Послѣдній изъ нихъ былъ около мѣсяца тому назадъ. 31. X. подъ наркозомъ ей удаленъ отростокъ (пр. А. В. Мартыновъ). Среди сращеній найденъ гнойникъ, почему дальнѣйшее лѣченіе пришлось вести съ тампонадой. Послѣоперационное теченіе было вполнѣ благопріятное, и 29. XI больная выписалась съ зажившей раной. Дома временами, раза 2—3 въ недѣлю, у нея появлялись быстро проходившія боли по всему животу. Была склонность къ запорамъ; приходилось прибѣгать къ клизмамъ и слабительнымъ. Ночью съ 5-го на 6-е февраля 1909 года безъ очевидной причины появились рѣзкія боли по всему животу, вздутіе, тошнота, рвота. Газы не отходили. 7-го февраля вечеромъ съ этими явленіями она снова поступила въ клинику.  $t^0$ —38,2, пульсъ 120 въ минуту. 8-го февраля утромъ при распознаваніи — общій гнойный перитонитъ—подъ наркозомъ мной было сдѣлано чревосѣченіе. Разрѣзъ по средней линіи ниже пупка въ 15 ст. Брюшная полость выполнена гноемъ; кишки вздуты, инъецированы. Правая подвздошная яма оказалась свободной. Брыжейка тонкихъ кишекъ утолщена, въ ней рѣзко увеличенныя мягкія железы. Среди петель тонкихъ кишекъ близъ средней линіи найденъ изолированный гнойникъ. Инфильтратъ съ брыжейки возлѣ этого мѣста переходитъ непосредственно на стѣнку кишки, суживая ея просвѣтъ почти до полной непроходимости. На разстояніи 15 ст. отъ инфильтрата оба конца кишки мной соединены боковымъ анастомозомъ. Черезъ канюлю троакара въ нѣсколькихъ мѣстахъ наиболѣе раздутыя петли освобождены отъ газовъ. Сдѣланныя отверстія закрыты кисетнымъ швомъ. Контрапертуры въ поясничныхъ областяхъ. Тампонада, дренажъ. Подъ кожу введено 1000,0 к. ст. физиологическаго раствора. Въ дальнѣйшемъ лѣченіи примѣнялись: кофеинъ, камфора, горячія соляныя клизмы и повторное вливаніе физиологическаго раствора подъ кожу, атропинъ, морфій. Черезъ нѣсколько часовъ послѣ операции, какъ только больная оправилась отъ наркоза, ей было придано полусидячее положеніе. На слѣдующій день газы отходятъ; на 3-й день обильная повторная рвота. Послѣ однократнаго промыванія желудка рвота совершенно прекратилась. Черезъ 4 дня смѣнены всѣ тампоны, съ 5-го дня слабить самостоятельно; затѣмъ обычное теченіе. Въ свободной жидкости изъ брюшной полости найдено *bacterium coli*,—въ изолированномъ гнойникѣ *bacterium coli* + *streptococcus*. Въ концѣ апрѣля 1909 года больная выписалась изъ клиники съ двумя уз-

кими свищевыми ходами длиной 4 ст. Ходы быстро закрылись. Для живота назначенъ поддерживающій поясъ. Лѣто провела въ деревнѣ, не работала, соблюдая относительную діету. Осенью 1909 года больная показывалась въ клинику; она немного окрѣпла, но все же худа, блѣдна, нервна. Изрѣдка схваткообразныя боли въ животѣ, склонность къ запорамъ; больная совершенно не переноситъ мясной пищи. На мѣстахъ бывшихъ разрѣзовъ грыжевыя выпячиванія. Больная поступила прислугой тутъ же въ предѣлахъ больницы, — можетъ выполнять нетрудную работу. Въ виду ея слабости, сравнительно благопріятныхъ жизненныхъ условий и возможности постоянного наблюденія вопросъ объ устраненіи грыжевыхъ выпячиваній отложенъ до болѣе прочнаго поправленія больной.

...Переходя къ этиологіи перитонита, въ данномъ случаѣ мы считаемъ наиболѣе вѣроятнымъ слѣдующее толкованіе: послѣ первой операціи несомнѣнно возникъ лимфангоитъ брыжейки какъ отростка, такъ и тонкихъ кишекъ съ множественнымъ лимфаденитомъ, — одна изъ этихъ железъ, вообще мягкихъ, повидимому, у мѣста отдѣльнаго гнойника перешла въ нагноеніе, вызвавъ острообщій гнойный перитонитъ.

Вопросъ о лѣченіи общихъ гнойныхъ перитонитовъ за послѣдніе годы естественнымъ образомъ привлекъ къ себѣ большое вниманіе со стороны хирурговъ. Онъ положительно не сходитъ со страницъ печати. Еще такъ недавно это заболѣваніе было роковымъ для больного, повергая лѣчишаго его врача въ безысходное положеніе. Оно было тяжелымъ для него въ виду его безпомощности въ тѣхъ случаяхъ, когда гнойный перитонитъ являлся осложненіемъ какого-нибудь другого страданія, когда его вызывало хотя бы прободеніе одного изъ органовъ брюшной полости, — оно было для него кошмаромъ, когда онъ самъ, дѣлая чревосѣченіе, былъ до нѣкоторой степени его виновникомъ. Улучшеніе оперативной техники, болѣе совершенная асептика, лучшее знакомство съ физиологіей брюшины въ значительной мѣрѣ сократили послѣдніе, поистинѣ несчастные случаи, тѣмъ не менѣе само заболѣваніе продолжало вселять невольный страхъ. И вѣдь это было такъ недавно. Въ девяностыхъ годахъ, даже въ концѣ девяностыхъ годовъ констатированіе общаго гнойнаго перитонита было приговоромъ для больного. Многіе изъ хирурговъ отказывались отъ всякаго вмѣшательства, считая его по меньшей мѣрѣ излишнимъ, и съ ужасомъ смотрѣли на постепенное, но быстрое угасаніе человеческой жизни. У нихъ положительно опускались руки, пропадала энергія къ очередной работѣ.

Признаніе своего безсилія дѣйствительно ужасно. Здѣсь оно сказывалось въ особенности грубо, рѣзко, потому что острый общій гнойный перитонитъ нерѣдко падаетъ на молодой цвѣтушій возрастъ. Правда среди хирурговъ того времени были и болѣе активные; они дѣлали разрѣзы, промывали брюшную полость, тампонировали ее; но все это дѣлалось неувѣренно, робко, безъ системы, какъ-то нервно. И тогда выпадали случаи съ благопріятнымъ исходомъ, но они были неожиданностью, — если не чудомъ, то рѣзкимъ исключеніемъ, еще сильнѣе подтверждающимъ общій взглядъ на бесполезность борьбы

съ этимъ страданіемъ... За послѣднее десятилѣтіе хирургія брюшной полости достигла быстрого, чрезвычайнаго развитія. Вмѣстѣ съ этимъ измѣнилось и отношеніе къ общегнойному перитониту. Вмѣшательство при немъ стало обязательнымъ и по возможности раннимъ.

Случаи выздоровленія попадаются чаще; все же статистика продолжаетъ оставаться печальной. Но уже въ 1905 году Klink <sup>1)</sup> собралъ 1267 случаевъ съ 36,4% выздоровленій. Конечно, при этомъ не слѣдуетъ забывать, что вообще достояніемъ печати дѣлаются благопріятные случаи, — если въ нее попадаютъ неудачные, то обычно на ряду съ первыми, такъ что общая статистика несомнѣнно должна быть хуже.

Sonnenburg собранные имъ 1284 случая раздѣлилъ на двѣ серіи; изъ нихъ первая до 1900 г. въ 517 случаевъ съ 24% выздоровленій, болѣе поздняя отъ 1900 до 1904 года въ 767 случаевъ съ 59% хорошихъ исходовъ. Нѣсколько большее значеніе должно быть признано за сравнительно большими цифрами въ рукахъ отдѣльныхъ лицъ. Такъ уже въ 1904 году Fowler представилъ статистику въ 100 случаевъ съ 67% счастливыхъ исходовъ. Когда въ 1906 году въ Brit. med. Journ. № 10 появилась статья Novits'a о лѣченіи общихъ гнойныхъ перитонитовъ, гдѣ онъ сообщаетъ свои 34 случая, изъ которыхъ онъ потерялъ только 5-ть, при чемъ изъ 4-хъ случаевъ прободной язвы желудка не потерялъ ни одного, она произвела на насъ ошеломляющее впечатлѣніе. Чувствуя прекрасно, что дальнѣйшее прогрессированіе въ этомъ дѣлѣ возможно и необходимо, мы были еще далеки отъ мысли что оно уже сдѣлалось достояніемъ страдающаго человѣчества. Къ тому же году относятся данныя Murphy, приведенныя имъ по поводу доклада Howits'a. За послѣдніе 3½ года на 36 случаевъ у него погибъ только одинъ больной на 6-й день отъ пневмоніи. Murphy говорить, что самъ готовъ былъ считать свои первые случаи просто счастливыми, но нельзя же, говоримъ мы вмѣстѣ съ нимъ, считать просто счастливыми серію въ 36 случаевъ. На конгрессѣ американскихъ хирурговъ въ 1908 году тотъ же Murphy далъ уже статистику въ 53 случая, при чемъ изъ новой серіи погибъ одинъ больной отъ присоединившагося ileus'a. Такъ быстро, такъ неожиданно упала смертность, дойдя положительно до минимума. На этомъ же съѣздѣ гордо и смѣло высказывалась мысль, что въ настоящее время не должно быть смертей отъ самого перитонита; она допустима только при невозможности устранить, бороться съ основной причиной, его вызвавшей. Быть можетъ это смѣлое положеніе и имѣетъ за собой значительную долю основанія, но оно конечно является крайнимъ даже изъ устъ по справедливости возгордившагося человѣка. Тотъ самый бичъ, который такъ нещадно чуть не 10 лѣтъ назадъ безъ промаха подкашивалъ человѣческую жизнь, теперь долженъ скромно отступить передъ быстрымъ развитіемъ предприимчивой человѣческой мы-

---

<sup>1)</sup> Прив. по Moty Sem. medic 1909. № 6.



сли. Но, повторяю, это положеніе несомнѣнно является крайнимъ прежде всего уже потому, что нѣтъ перитонита внѣ человѣческаго организма, нѣтъ перетонита безъ связи съ обусловившей его причиной,—а человѣческій организмъ, его силы, его приспособленность къ борьбѣ далеко не единообразны, наконецъ степень инфекціи варьируетъ въ непредѣльныхъ границахъ. И дѣйствительно, если всмотрѣться въ приводимыя цифры, оказывается, что около 79% этихъ случаевъ падаетъ на перитонитъ отъ аппендицита, гдѣ мы зачастую имѣемъ дѣло съ молодыми, цвѣтущими субъектами, у которыхъ это заболѣваніе наступаетъ среди полного здоровья. Но и по отношенію къ аппендициту слѣдуетъ помнить, что иногда при прободеніи въ брюшную полость попадаютъ микроорганизмы такой высокой вирулентности, что организмъ погибаетъ раньше, чѣмъ успѣетъ развиться экссудатъ, — это поистинѣ молніеносная форма, встрѣчающаяся при перфоративномъ аппендицитѣ не менѣе чѣмъ въ 5% случаевъ. Здѣсь не спасаетъ самое раннее вмѣшательство.

Если мы присоединимъ сюда хотя бы прободной перитонитъ отъ брюшного тифа, возникающій при достаточномъ ослабленіи организма, когда основная инфекція, несмотря на своевременно принятыя мѣры, неуклонно продолжаетъ свое дѣло, то уже этого достаточно, чтобы отказаться отъ чрезмѣрной категоричности въ сужденіяхъ. Съ этой точки зрѣнія становится пріемлемымъ заявленіе Lenander'a, что убиваетъ инфекція, перетонитъ же, какъ реакція защиты, спасаетъ. И дѣйствительно, если мы обратимся къ тщательно, осторожно составленной статистикѣ Nötzel'я, обнимающей 241 случай, мы найдемъ въ ней, что въ 165 случаяхъ перитонитъ присоединился къ аппендициту; они дали 84 выздоровленія; на 38 пертонитовъ при гнойномъ воспаленіи придатковъ получилось 25 выздоровленій, въ 5 случаяхъ при послѣродовомъ процессѣ 2 выздоровленія, на 12 случаевъ при прободной язвѣ желудка 6 выздоровленій и при 11 случаяхъ перитонита при прободеніи кишки ни одного выздоровленія. Общій % благоприятныхъ исходовъ у Nötzel'я нѣсколько выше 50%. Впрочемъ его случаи относятся къ періоду отъ 1891 до 1905 года, если взять изъ нихъ только тѣ, что относятся къ 3½ послѣднимъ годамъ, % выздоровленій поднимется до 67, — результатъ несомнѣнно хорошій, но онъ все же далекъ отъ минимальнаго % Murphy. У Nötzel'я часть случаевъ падаетъ на позднее оперированіе, и онъ самъ устанавливаетъ границу въ 3 дня, когда операція можетъ дать по его мнѣнію хорошій исходъ. Случаи Murphy оперированы до наступленія 48 часовъ. Это имѣетъ огромное значеніе. Конечно, нельзя опять-таки ни въ какомъ случаѣ ставить опредѣленную грань въ дняхъ или часахъ: сила инфекціи слишкомъ различна, но все же безспорно ранняя операція есть лишній шансъ для благоприятнаго исхода. Та-

кимъ образомъ вопросъ уже переносится въ другую плоскость. Murphy очевидно, стоитъ въ особо счастливыхъ условіяхъ. Намъ же придется вернуться къ вѣчному вопросу о недостаточной культурности населенія, о недоступности медицинской помощи; я бы рѣшился не безъ основанія сказать: необходимо, чтобы въ сознаніе всѣхъ врачей, не только хирурговъ, вошло непреложно убѣжденіе, что операція, только она одна, при правильно поставленномъ распознаваніи можетъ дать надежду на успѣхъ.

Къ чему же сводится лѣченіе?.. Если въ вопросѣ о лѣченіи остраго общаго гнойнаго перитонита мы обратимся къ цитируемымъ нами выше авторамъ, то увидимъ, во-первыхъ, что между ними нѣтъ полнаго согласія, что методъ лѣченія несомнѣнно развивался постепенно. Впрочемъ, несомнѣнно одно,—всѣ они настойчиво совѣтуютъ раннее оперированіе. Если мы обратимся къ подробностямъ лѣченія, мы увидимъ, что Fowler, а также многіе другіе, открывъ брюшную полость, промываютъ ее горячимъ фізіологическимъ растворомъ. Такое промываніе иногда они дѣлаютъ повторно, желая такимъ образомъ вывести оттуда какъ можно больше какъ самихъ микроорганизмовъ, такъ и продуктовъ ихъ жизнедѣятельности. Fowler же предложилъ придавать больнымъ послѣ операціи возможно скорѣе полусидячее положеніе, чтобы гнойно-септическая жидкость скоплялась преимущественно въ полости малаго таза, откуда всасываніе идетъ сравнительно медленно... Howits прежде всего возстаетъ противъ примѣненія опія и морфія въ случаяхъ сомнительныхъ, чтобы такимъ образомъ не затѣмнять картины и не опоздать съ вмѣшательствомъ. Въ случаяхъ выясненныхъ онъ совѣтуетъ немедленно дѣлать большой разрѣзъ, быстро выводить кишки, произвести множественныя энтеротоміи съ помощью ножа или троакара, закрыть сдѣланныя отверстія, отыскать мѣсто прободенія и закрыть его, тщательно промыть брюшную полость и устроить широкій дренажъ черезъ передній разрѣзъ и противоотверстія въ поясничныхъ областяхъ и во влагищахъ... Murphy во многомъ придерживается діаметрально противоположной точки зрѣнія. Онъ также конечно прежде всего стоитъ за то, чтобы возможно скорѣй поставить правильное распознаваніе, а потому устраняетъ все, что можетъ хоть сколько-нибудь набросить вуаль на истинное положеніе больного... Онъ совѣтуетъ оперировать возможно быстрѣй, не дѣлая большихъ разрѣзовъ; онъ не особенно старается найти причину перитонита, онъ ставитъ себѣ цѣлью дать выходъ септическому содержимому, остальное предоставляя организму; онъ не выводитъ кишекъ; онъ работаетъ надъ основнымъ пораженіемъ только въ томъ случаѣ, если это не отнимаетъ много времени, если это пораженіе быстро и само собой выясняется. Его основное положеніе—войти возможно быстрѣй въ брюшную полость и еще скорѣй оттуда выйти. Онъ по возможности примѣняетъ мѣстное обезболиваніе. Murphy не дѣлаетъ промыванія брюшной полости, не проти-

раетъ ея, онъ вводитъ только большую дренажную трубку. Затѣмъ послѣ операціи онъ быстро переводитъ больного въ положеніе Fowler'a, доводя его до 40° къ горизонту. Онъ начинаетъ вводить въ прямую кишку подъ небольшимъ давленіемъ горячій соляной растворъ въ количествѣ отъ 1 до 3 литровъ ежедневно. Помимо, такъ сказать, фильтрованія организма онъ рассчитываетъ такимъ образомъ возбудить дѣятельность кишечника и вывести кишечные токсины не въ меньшей, а скорѣе въ большей степени отравляющіе организмъ, чѣмъ брюшной гной. Съ этой же цѣлью вскорѣ послѣ операціи онъ начинаетъ давать внутрь небольшіе приемы каломеля... Если мы присоединимъ сюда отдѣльныя предложенія нѣкоторыхъ авторовъ, не проводящихъ свое лѣченіе такъ систематично, какъ это дѣлаетъ Murphy, не располагающихъ также такимъ большимъ матеріаломъ, мы считаемъ не лишеннымъ интереса привести слѣдующее. Katzenstein<sup>1)</sup> въ случаяхъ прогрессирующаго септического перитонита при аппендицитѣ иногда совѣтуетъ даже не оперировать, а примѣнять методичное вливаніе раствора поваренной соли въ клизмахъ. Онъ беретъ 4, 0 Natr. chlor. на 1/2 литра воды 40°. Кружка виситъ на 1/2 метра надъ больнымъ; истеченіе жидкости регулируется краномъ такимъ образомъ, чтобы каждую секунду поступало въ кишку 1—2 капли. Первые поллитра вливаются въ теченіе 1-2-хъ часовъ. Всего за разъ вводится 2—3 литра раствора. Вливаніе повторяется черезъ 12 часовъ. Въ 3 случаяхъ онъ имѣлъ благопріятный результатъ... Kotzenberg<sup>2)</sup> вводитъ стеклянный дренажъ только въ нижній уголъ раны и черезъ него производитъ обильное промываніе брюшной полости солянымъ растворомъ, — тампонируетъ кромѣ того брюшную полость марлей, часто мѣняетъ дренажъ и тампоны, — заботится о перистальтикѣ кишекъ клизмами и инъекціями стрихнина.

При нарастающемъ септическомъ перитонитѣ Haidenhain совѣтуетъ вводить въ прямую кишку по Katzenstein'у большое количество соляного раствора. При рѣзкомъ паденіи пульса въ такихъ случаяхъ онъ дѣлаетъ внутривенное вливаніе 3/4—1 литра физиологическаго раствора. t°—41°. съ прибавленіемъ 6—8 капель адреналина (1 : 1000) въ продолженіе 20—30 минутъ; обычно такое вливаніе онъ дѣлаетъ повторно. На параличъ кишекъ по его наблюденіямъ хорошее дѣйствіе оказываетъ промываніе желудка... Jaboulay<sup>3)</sup> въ двухъ случаяхъ общаго перитонита помимо обычнаго лѣченія наложилъ желудочный свищъ для выведенія изъ желудка газовъ и желчной жидкости. Такимъ образомъ сердце и легкія освобождаются отъ давленія. Промываніе желудка по его мнѣнію не можетъ въ той же степени устранить его переполненіе... За послѣднее время раздаются голоса за то, что не

1) Katzenstein. Therapie der Gegenwart. 1906. № 11.

2) Kotzenberg. Berlin. klin. Wochenschr. 1908. № 13.

3) Jaboulay. Centr. f. Chir. 1907. № 20 (реф.).

слѣдуетъ совсѣмъ вставлять дренажъ въ брюшную полость, а повторно дѣлать небольшіе разрѣзы, выпускать содержимое и снова зашивать брюшную стѣнку.

Мы далеки отъ мысли приводить въ этой небольшой статьѣ всю исчерпывающую литературу этого животрепещущаго вопроса, мы имѣемъ въ виду, какъ мы уже сказали объ этомъ раньше, только лишній разъ затронуть его, вызвать къ нему большій интересъ и въ нашей русской литературѣ. Если теперь мы обратимся къ критической оцѣнкѣ различныхъ мѣропріятій при лѣченіи общаго гнойнаго перитонита на основаніи приведенныхъ данныхъ и своего небольшого опыта, мы также скажемъ, что прежде всего необходимо дѣлать операцію возможно раньше, немедленно какъ только поставлено распознаваніе. Мы бы сказали даже, что лучше и выгоднѣе иногда ошибиться въ сторону нѣкоторой поспѣшности, чѣмъ лишнимъ промедленіемъ дать время развиться въ большей мѣрѣ перитониту, подвергнуть организмъ большому отравленію токсинами. Въ виду этого при малѣйшемъ подозрѣніи на общій гнойный перитонитъ мы бы выкинули изъ своего арсенала все, что можетъ затушевывать его картину, какъ-то опій, морфій, тепло, ледъ. Къ сожалѣнію именно мы, русскіе хирурги, по вопросу о раннемъ оперированіи поставлены въ крайне невыгодныя условія. Благодаря малой культурности населенія намъ такъ рѣдко приходится имѣть дѣло со свѣжими случаями, конечно, по возможности слѣдуетъ пользоваться мѣстной анестезіей. Впрочемъ, если у больного имѣется еще достаточный запасъ силъ, то иногда мы предпочли бы общій наркозъ. Наша клиника и мы лично считаемъ существенно важнымъ нахожденіе основной причины перитонита хотя бы мѣсть, прободенія. Мы не стремимся найти его во что бы то ни стало, мы не затрачиваемъ на это много времени, но мы все же стараемся помочь себѣ въ этомъ отношеніи по возможности безъ ущерба для больного. И здѣсь наркозъ несомнѣнно облегчаетъ дѣло. На томъ же самомъ основаніи мы не дѣлаемъ непременно малыхъ или большихъ разрѣзовъ, мы стараемся дѣлать потребный для даннаго случая разрѣзъ, проводя его при малѣйшемъ сомнѣніи относительно мѣста прободенія по средней линіи. Къ нему мы добавляемъ поясничные разрѣзы и иногда вскрытіе задняго свода влагалища... Принимая во вниманіе сложность анатомическаго устройства брюшной полости, невозможность хорошаго дренированія ея изъ одного разрѣза, мы эти дополнительные разрѣзы для себя считаемъ необходимымъ, а потому также иногда предпочли бы наркозъ мѣстному обезболиванію. Дренажъ черезъ влагалище у женщинъ слѣдуетъ считать правиломъ. Быть можетъ наши разсужденія, вѣрныя теоретически, признаваемые многими, не найдутъ оправданія на практикѣ, быть можетъ, отъ нихъ вѣтъ немного схоластики,—конечно, слѣдуетъ довѣрять не дренажу, а силамъ организма, поставивъ его въ возможно благопріятныя условія, и во всякомъ случаѣ въ широкомъ примѣненіи дренажа часто

бываетъ нѣкоторое увлеченіе, все же мы не можемъ пока отказаться отъ дѣйствительно широкаго дренажа, не вызывая имъ не нужнаго раздраженія. Какъ бы то ни было, побѣдителей не судятъ. Мы только преклоняемся передъ результатами Miquel, мы считаемъ ихъ вѣнцомъ своихъ стремленій, мы только, хотя теоретически, стараемся отыскать истину.

Промывать или не промывать брюшную полость? Послѣ опубликованія результатовъ Miquel, приходится сказать, — если его результаты наилучшіе, правъ онъ, — мы не должны лишать своихъ больныхъ лишняго шанса на успѣхъ. Но мы вѣдь заняты критическимъ анализомъ и считаемъ его не лишнимъ хотя бы потому, что многіе авторитетные хирурги до сихъ поръ продолжаютъ мыть брюшную полость. Наша клиника не дѣлаетъ этого, и вотъ на какихъ основаніяхъ. Прежде всего мы не допускаемъ возможности тщательнаго вымыванія такой сложной полости. Чтобы промыть ее сколько-нибудь основательно, необходимо пропустить колоссальное количество жидкости, устроить нѣчто въ родѣ постоянного орошенія, что несомнѣнно само по себѣ не можетъ быть безразличнымъ для брюшины, и это значитъ мыть нѣжно, деликатно, или, чтобы получить тотъ же самый результатъ въ короткій срокъ, приходится продѣлывать это крайне грубо, несомнѣнно повреждая брюшинный эндотелій. Мы не моемъ также потому, что, уничтожая брюшинныя спайки, можемъ токомъ жидкости сдѣлать процессъ болѣе распространеннымъ. Наконецъ, разжижая гнойное отдѣляемое, мы такимъ образомъ способствуемъ его скорѣйшему всасыванію, что далеко не безразлично для ослабленнаго организма, иногда уже стоящаго на границѣ возможности существованія. Исходя изъ этихъ же соображеній, мы не протираемъ брюшной полости, не стремимся снять съ серознаго покрова гнойно-фибринозныхъ наложений, видя въ нихъ самозащиту организма, чтобы этимъ удаленіемъ не открыть для инфекции новые пути. Такъ наша клиника не промываетъ брюшной полости, мы только удаляемъ оттуда каловыя массы, выбираемъ кровь и гной изъ большихъ скопленій марлевой салфеткой. Для очищенія брюшной полости отъ содержимаго мы пользуемся широкимъ дренированіемъ, устраивая его въ наиболѣе выгодныхъ механическихъ условіяхъ, остальное предоставляемъ силамъ самаго организма. Во время операціи мы, какъ правило, вводимъ подъ кожу при хорошемъ сердцѣ до 1000,0 физіологическаго раствора; при слабомъ пульсѣ предварительно поднимаемъ его съ помощью камфоры и кофеина. Эти возбуждающія для сердца, индивидуализируя каждый случай, мы назначаемъ въ послѣдовательномъ теченіи въ томъ или другомъ количествѣ. Больной переносится въ согрѣтую постель, около него кладутъ грѣлки, и по возможности быстро переводится въ полусидячее положеніе. Его мы примѣняемъ давно, стараясь наряду съ другими отвлечь содержимое отъ діафрагмы, обладающей наивысшей всасывательной способностью, къ малому тазу,

гдѣ всасываніе идетъ значительно медленнѣе. Этимъ приѣмомъ мы стремимся уменьшить распространенность процесса, сдѣлать его болѣе ограниченнымъ, отводя вмѣстѣ съ тѣмъ отдѣляемое къ мѣстамъ устроенныхъ нами дренажей. Положенію Fowler'a мы придаемъ огромное значеніе и всячески слѣдимъ за его правильнымъ примѣненіемъ. Мы его считаемъ показаннымъ какъ здѣсь, такъ и послѣ другихъ операций въ цѣляхъ лучшаго расширенія легкихъ во избѣжаніе гипостаза. Больные охотно соглашались на него; такъ они легче, свободнѣе дышатъ. Мы также придаемъ большое значеніе введенію въ организмъ физиологическаго раствора въ расчетѣ на то, что такимъ образомъ происходитъ выведеніе изъ организма токсиновъ. Мы примѣняемъ систематически вливаніе подъ кожу, или, если это становится мучительнымъ для больныхъ, мы замѣняемъ его небольшими горячими клизмами въ стакакъ-полтора, повторяя ихъ два-три раза въ день. Такія клизмы обычно легко удерживаются больными и всасываются кишкой. Что касается капельныхъ клизмъ по Katzenstein'у, мы также пользовались ими неоднократно и въ общемъ были ими довольны. Больные становятся отъ нихъ бодрѣе, свѣжѣе; поднимается пульсъ, увеличивается количество мочи, они обильнѣй потѣютъ. Иногда впрочемъ долгое пребываніе дренажной трубки въ кишкѣ раздражаетъ больныхъ, иногда они начинаютъ жаловаться на непріятное ощущеніе соли во рту. Введеніе физиологическаго раствора между прочимъ мы охотно примѣняемъ и передъ операцией, въ особенности въ брюшной полости въ чистыхъ случаяхъ надѣясь такимъ образомъ повысить сопротивляемость организма. У насъ сложилось впечатлѣніе, что благодаря этому больные легче переносятъ длительный наркозъ, что въ случаяхъ обширной травмы брюшины на нихъ меньше сказываются явленія такъ называемаго шока. Мы только дважды имѣли случай наблюдать внутривенное вливаніе соляного раствора съ адреналиномъ по Haidenhain'у. Непосредственный эффектъ былъ хорошій; пульсъ становился полнымъ, больные дѣлались оживленнѣе, но затѣмъ черезъ три-четыре часа наступалъ быстро коллапсъ, и они погибали. Быть можетъ и здѣсь слѣдовало проявить болѣе настойчивости и, согласно указаніямъ Haidenhain'a, повторить вливаніе; конечно, и здѣсь необходимъ личный опытъ, но все же эта мѣра намъ представляется болѣе энергичной, рискованной, а потому къ ней, на нашъ взглядъ, слѣдуетъ относиться осторожнѣй, въ особенности потому, что въ ней мы оперируемъ съ недостаточно еще изученнымъ въ своемъ дѣйствіи адреналиномъ. Если у больныхъ нѣтъ рвоты, тошноты, мы охотно комбинируемъ или замѣняемъ введеніе жидкости подъ кожу или въ кишку введеніемъ ея черезъ ротъ, назначая по одной-двѣ чайныхъ ложки каждая 10—15 минутъ, начиная его обычно на слѣдующій же день послѣ операции. На небольшія клизмы мы также смотримъ какъ на средство борьбы съ паретичнымъ кишечникомъ. Обыкновенно помимо клизмъ для всасыванія, которыя также вѣроятно въ слабой степени

ведутъ къ той же цѣли, на 3-й—4-й день мы ставимъ клизму въ 2 стакана съ тѣмъ, чтобы вывести газы, если они не отходятъ достаточно черезъ трубку, и иногда испражненія. Въ подходящихъ случаяхъ мы охотно даемъ слабительное. Вообще на борьбу съ параличомъ кишечника мы также смотримъ очень серьезно, стараемся вести ее хотя и осторожно, все же упорно, придавая выведенію кишечныхъ токсиновъ очень большое значеніе. Непосредственно послѣ дѣйствія кишечника больные чувствуютъ себя какъ бы обновленными. Съ этой же цѣлью мы иногда вводимъ подъ кожу 0,0005—0,001 atrop. sulfur., но по отношенію къ нему такъ же какъ и другіе авторы мы не можемъ дать опредѣленнаго заключенія. Какъ будто въ нѣкоторыхъ случаяхъ и онъ оказываетъ хорошее вліяніе. На тотъ же параличъ кишекъ и на общее состояніе несомнѣнно хорошее дѣйствіе оказываетъ промываніе желудка. Мы прибѣгаемъ къ нему часто при вздутіи подложечной области при высокомъ стояніи діафрагмы. Помимо благотворнаго вліянія на дыханіе и дѣятельность сердца послѣ опорожненія желудка, мы нерѣдко отмѣчаемъ болѣе обильное отхожденіе газовъ. Это же прополаскиваніе желудка оказывало намъ несомнѣнную услугу въ случаяхъ упорной рвоты. Иногда непосредственно послѣ него прекращалась рвота; ее какъ рукой снимало, иногда къ нему приходилось прибѣгать повторно. И дѣйствительно нерѣдко зондомъ выводилъ огромное количество жидкости съ большой примѣсью желчи. Несомнѣнно и желудокъ, отвѣчая на общій процессъ, находится во временномъ паретичномъ состояніи, такъ что и для него промываніе является терапевтическимъ мѣропріятіемъ. Мы ни разу не прибѣгали къ наложенію желудочнаго свища по Jaboulay въ тѣхъ же цѣляхъ; думаемъ, что не всегда къ нему можно склонить нашихъ больныхъ, но высоко цѣня промываніе желудка и соглашаясь съ тѣмъ, что при свищѣ можно производить его болѣе совершенно и методично, мы отнюдь не относимся отрицательно къ его предложенію.

Мы прекрасно понимаемъ, что въ нашихъ разсужденіяхъ и лѣченіи остраго гнойнаго перитонита нѣтъ ничего новаго, оригинальнаго, даже больше, для всякаго, искренне интересующагося этимъ вопросомъ, мы наговорили слишкомъ много прописныхъ истинъ, но тотъ, кто вспомнить недавнюю безпомощность и растерянность лицомъ къ лицу съ этимъ все же ужаснымъ заболѣваніемъ, ужаснымъ потому, что даже теперь, сравнительно легко вырывая у смерти ея недавнія жертвы, мы не можемъ быстро избавить организмъ отъ серьезныхъ нарушеній въ его разнорѣсіи,—такіе больные все же долго остаются инвалидами; тотъ, кто вспомнить близкое прошлое, кто имѣлъ тогда дѣло съ этимъ заболѣваніемъ, тотъ найдетъ естественнымъ мое желаніе лишній разъ указать, что отнюдь не шаблонъ, строго взвѣшенное, систематическое веденіе этихъ случаевъ при самомъ внимательномъ къ нимъ отношеніи можетъ дать надежду на болѣе или менѣе вѣрный успѣхъ.

---



## Случай огнестрѣльнаго раненія брюшной полости.

Послѣдняя ужасная война, междоусобная брань въ нашемъ отечествѣ, не наступившее еще до сихъ поръ „успокоеніе“ дали обширный матеріалъ для всякаго рода раненій. Тѣмъ не менѣе мы рѣшаемся остановиться на одномъ встрѣтившемся намъ случаѣ огнестрѣльнаго раненія живота, окончившемся благополучно, въ виду его несомнѣнной тяжести и сложности хирургическихъ мѣропріятій. Мы смотримъ на него какъ на казуистическій, а потому воздерживаемся отъ какихъ бы то ни было литературныхъ ссылокъ.

2 марта 1909 г., въ каретѣ скорой медицинской помощи, въ 2 часа дня, въ хирургическую клинику Императорской Екатерининской больницы была доставлена дѣвица, Марія П., 22 лѣтъ, по профессіи портниха. Въ цѣляхъ самоубійства она нанесла себѣ револьверное раненіе въ лѣвую половину живота. Условія жизни сносныя. Годъ назадъ у больной былъ, повидимому, приступъ аппендицита. Тѣлосложеніе правильное, питаніе удовлетворительное, жировая клѣтчатка развита достаточно; кожные покровы и слизистыя оболочки блѣдны. Больная возбуждена; пульсъ около 100 въ минуту, прощупывается ясно, но слабъ по наполненію. Нѣсколько ниже пупка, на 5 ст. влѣво отъ него видно входное отверстіе съ слегка почернѣвшими краями; выходного отверстія нѣтъ. Животъ напряженъ, крайне болѣзненъ. Тотчасъ же подъ наркозомъ съ предварительнымъ введеніемъ подъ кожу 0,01 morph. тиг. слѣлано чревосѣченіе (К. К. Ивенсенъ). Разрѣзъ по средней линіи около 20 ст., на уровнѣ раненія къ нему добавленъ поперечный въ лѣвую сторону. Брюшная полость заполнена свѣжей кровью,—разобраться въ ней не представляется возможнымъ. Ассистируя при операциі, я инстинктивно зажалъ пальцами аорту ближе къ діафрагмѣ. Кровь по возможности выбрана салфетками. Кровотокащій сосудъ средняго калибра въ толщѣ брыжейки сигмовидной кишки обшитъ шелкомъ. Между листками брыжейки и въ подбрюшинной клѣтчаткѣ обширная гематома. На протяженіи тонкихъ кишекъ въ трехъ мѣстахъ найдены сквозныя раненія съ ровными краями, съ поперечникомъ въ 0,5 ст. Сосѣднія петли въ состояніи паралича. Отверстія закрыты двухряднымъ кисетнымъ швомъ. На нисходящей толстой кишкѣ близъ мѣста перехода ея въ сигмовидную значительный дефектъ съ разорванными краями; въ окружности рядъ мелкихъ отверстій. Въ виду крайне тяжелаго состоянія больной, почти полного отсутствія пульса, вопросъ о резекціи этого отдѣла снятъ съ очереди. Область раненія какъ тонкихъ кишекъ, такъ особенно толстой отгорожена салфетками. На остальномъ протяженіи брюшная рана наскоро зашита.

Во время операциі подъ кожу введено 1000,0 фізіологическаго раствора, по одному шприцу кофеина и камфоры. За отсутствіемъ мѣста въ отдѣльной палатѣ, больная помѣщена въ согрѣтую кровать въ ванную комнату безъ всякой надежды на дальнѣйшее благопріятное теченіе. Къ вечеру пришла въ себя; проситъ пить; пульсъ прощупывается ясно. На ночь шприцъ 1<sup>0</sup> морфія. На слѣдующій день утромъ переведена въ палату;



t<sup>0</sup> 37,3<sup>0</sup>; пульсъ 116. Рвоты не было, сильная тошнота и боли въ животѣ. Назначено: 3 шприца кофеина, 2 шприца камфоры, 700 к. ст. солянаго раствора, на ночь шприцъ морфія. Сдѣлано промываніе желудка. Веч. t<sup>0</sup> 37,7<sup>0</sup>; пульсъ 114.

4 марта. Постоянная тошнота, изрѣдка рвота. При промываніи желудка выдѣлилось огромное количество темнозеленой жидкости; самочувствіе значительно лучше. Назначенія тѣ же, t<sup>0</sup> 36,6<sup>0</sup> утр., 37,7<sup>0</sup> веч.; пульсъ 106—116.

5 марта. Самочувствіе удовлетворительное. Сняты верхніе слои повязки. Въ области пупка ограниченное вздутіе живота. Больная капризна. Отъ промыванія желудка отказалась.

6 марта. Чувствуетъ себя хуже, — жалуется на боли въ животѣ... Чтобы получить возможность очищать кишечникъ, не трогая введенныхъ въ полость живота тампоновъ, подъ мѣстной анестезіей кокаиномъ, я подшилъ пристѣнною поперечно-ободочную кишку, — слѣпая сращеніями подтянута влѣво... Къ вечеру боли и напряженіе въ животѣ больше, сильная рвота... Подшитая кишка мною вскрыта; слизистая нѣсколькими швами соединена съ кожей. Вышло много газовъ и немного кала. При промываніи желудка снова огромное количество окрашенной желчью жидкости... Самочувствіе тотчасъ же улучшилось. Возбуждающія и atropin sulph. 0,0005 подъ кожу.

7 марта. Въ отверстіе калового свища въ приводящій конецъ кишки введена дренажная трубка. На повязкѣ небольшое количество кала. Разрѣшенъ чай, бульонъ, молоко. t<sup>0</sup> 36,9<sup>0</sup>—37,3<sup>0</sup>. Atropin и возбуждающія.

8 марта. Ночь спала прекрасно; самочувствіе хорошее. При перевязкѣ кала значительно больше. Смѣнены тампоны изъ брюшной полости; они пропитаны старой кровью и слизистымъ гноемъ. Ходы въ брюшную полость изолированы коллодійной повязкой. t<sup>0</sup> нормальна.

11 марта. При перевязкѣ изъ калового свища оформленный калъ. Смѣнены тампоны изъ полости брюшины.

13 марта. При перевязкѣ черезъ каловый свищъ промыта кишка подъ малымъ давлениемъ; вышло много кишечнаго отдѣляемаго; промывная жидкость не выходила черезъ свищъ слѣва. Назначенъ супъ съ протертой курицей, яйца, затѣмъ куриная котлета и немного бѣлаго хлѣба.

16 марта. При промываніи кишки подъ большимъ давлениемъ часть жидкости вытекла изъ лѣваго свищевого хода съ небольшой примѣсью кала.

17 марта. Изъ свища слѣва обильное гнойное отдѣляемое зеленоватаго цвѣта съ сильнымъ запахомъ; вставленъ дренажъ.

20 марта. Отдѣляемаго меньше; ходъ замѣтно суживается.

22 марта. Изслѣдованіе крови: Hb 42<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, крас. тѣл. 3780000, бѣл.—6300,—назначено желѣзо. Разрѣшено сидѣть со спущенными ногами.

24 марта. Сухой кашель, боли въ правомъ боку, t<sup>0</sup> веч. 38,9<sup>0</sup>. Больная, вообще крайне не дисциплинированная, самовольно довольно долго сидѣла у окна. Спиртовой согрѣвающий компрессъ на грудь; Aspirin 0,5+Cof. natr. sal. 0,2 три раза. Codein 0,015 при кашлѣ; желѣзо отмѣнено.

25 марта. Притупленіе въ нижней долѣ праваго легкаго,—бронхіальное дыханіе; t<sup>0</sup> веч. 39,6<sup>0</sup>. Pneumonia lobaris.

27 марта. Третій день при промываніи не удается вывести достаточно кала; даны среднія соли. t<sup>0</sup> веч. 39,9<sup>0</sup>.

28 марта. Прослабило обильно въ повязку. Боли въ боку меньше; притупленіе нѣсколько проясняется; въ небольшомъ количествѣ мелкіе влажные хрипы.

2 апрѣля. Притупленіе въ верхней долѣ сзади; въ нижней довольно много хриповъ. Inf. Ipec.+Liqu. am. anis.

6 апрѣля. Лѣвый свищевой ходъ замѣтно сузился, введенъ небольшой марлевый выпускникъ; оба дренажа извлечены. Притупленіе меньше. Внутрь Ext. Cascara Sagr. 30 кап. × 2.

11 апрѣля. t<sup>0</sup> нормальна; дыханіе проводится значительно лучше; хриповъ мало. Прослабило черезъ естественный задній проходъ оформленными массами. Снова желѣзо внутрь.

Такимъ образомъ сообщеніе на мѣстѣ раненія толстой кишки съ ниже лежащимъ отдѣломъ возстановилось.

12 апрѣля. Прослабило жидко рег апит. Свищевые ходы очень уменьшились.

Чтобы повысить функциональную способность нижняго отдѣла кишечника, рѣшено ставить небольшія клизмы рег апит при отсутствіи самостоятельной дефекаціи.

14—25 апрѣля. Клизмы съ результатомъ; жидкость только изрѣдка попадаетъ въ лѣвый свищъ. Аппетитъ хорошій. Больная замѣтно поправилась; ходитъ свободно, тяготеетъ каловымъ свищемъ, дающимъ все же немного отдѣляемаго... Несмотря на возстановленіе проходимости кишечника, въ виду обширности первоначальнаго раненія, мы не относились къ ней съ довѣріемъ, считая, что она въ значительной степени обязана рубцовой ткани. Боясь ея стяженія, мы рѣшили проложить околный путь къ ниже лежащему отдѣлу. Мы не особенно торопились съ этимъ неизбежнымъ оперативнымъ актомъ, желая дать больной оправиться отъ перенесенной пневмоніи, кромѣ того, мы находили далеко не лишней предварительную подготовку нижняго отдѣла къ функціи постоянными клизмами...

1—3 мая. Промываніе свищевого хода слабымъ растворомъ t-r iodii; повторныя слабительныя.

4 мая. Утромъ подъ кожу введено 800 к. ст. физиологическаго раствора. Каловый свищъ закрытъ подъ кокаиномъ нѣсколькими швами, проходящими черезъ кожу, и коллодійной повязкой. Подъ общимъ наркозомъ мной сдѣланъ разрѣзъ по старому рубцу отъ пупка книзу на 15 ст. По вскрытіи брюшины, подлежащія петли тонкихъ кишекъ найдены сращенными довольно рыхло съ нею и между собой. Слѣпая кишка болѣе плотными спайками подтянута къ лѣвой подвздошной ямѣ. Мѣстами въ спайкахъ имѣются известковыя отложенія. Спайки раздѣлены частью пальцемъ, частью ножницами. При раздѣленіи ихъ изъ глубины излилось около получашки прозрачной розоватой жидкости. Ближайшая къ слѣпой петля тонкой кишки боковымъ анастомозомъ соединена съ нижнимъ отдѣломъ сигмовидной. На 10 ст. снизу по направленію къ слѣпой тонкая кишка перетянута катгутовой нитью до уничтоженія просвѣта; мѣсто перетяжки обшито непрерывнымъ шелковымъ швомъ. Брюшная стѣнка закрыта наглухо. Коллодійная повязка. Слизистая каловаго свища и кишечная стѣнка отсепарованы на нѣкоторомъ протяженіи, ввернуты въ глубину и закрыты двумя рядами швовъ. Нѣсколько швовъ на кожу, t<sup>0</sup> веч. 36,3<sup>0</sup>, пульсъ 88.

5 мая. Небольшія боли въ животѣ. Рвало три раза съ примѣсью желчи; t<sup>0</sup> утр. 36,3<sup>0</sup>, веч. 37,4<sup>0</sup>; пульсъ утр. 88, веч. 100.

6 мая. Животъ умѣренно вздутъ, мало болѣзненъ; рвота продолжается; t<sup>0</sup> нормальна; пульсъ утр. 96, веч. 120. Въ прямую кишку введена трубка; газы почти не отходятъ.

7 мая. Жалобы на сильныя схваткообразныя боли въ животѣ. Рвота продолжается. Животъ вздутъ больше; газы не отходятъ. Отъ промыванія желудка наотрѣзъ отказалась. t<sup>0</sup> норм., пульсъ утр. и веч. 120.

8 мая. Самочувствіе нѣсколько лучше, рвота успокоилась, боли въ животѣ меньше, газы не отходятъ; t<sup>0</sup> норм., пульсъ 104. Клизма въ 2 стакана,—кофеинъ+камфора подъ кожу.

9 мая. Съ клизмой отошло немного газовъ; животъ сталъ мягче; рвоты нѣтъ, тошнота продолжается; изрѣдка икота; пульсъ 100—108.

10 мая. Боли въ животѣ снова сильнѣй; животъ неравномѣрно вздутъ; газы не отходятъ; нѣсколько разъ рвота, икота. Рана въ хорошемъ состояніи. Пульсъ 104, t<sup>0</sup> 37,3<sup>0</sup>. Клизма въ 2 стакана.

11 мая. Газы съ клизмой отошли; боли поменьше.

12 мая. Животъ сильно вздутъ, нѣсколько разъ рвота, икота. t<sup>0</sup> 37,2 — 37<sup>0</sup>, пульсъ 108—112. Клизма въ 4 стак. — вышла вода и немного газовъ.

13 мая. Состояніе то же самое.

14 мая. Вечеромъ наканунѣ прослабило оформленнымъ каломъ, послѣ чего самочувствіе стало лучше. Ночью повторная рвота. Утромъ сильная слабость; пульсъ 120 плохого наполненія; сильныя боли въ животѣ; животъ неравномѣрно вздутъ... Несомнѣнно

налицо были явленія относительной непроходимости съ признаками раздраженія брюшины, въ виду чего подъ наркозомъ мной сдѣлано новое чревосѣченіе по старому рубцу. Серозный покровъ кишекъ нѣсколько тусклый. Свободной жидкости въ брюшной полости не оказалось. Кишки спаяны между собой и съ пристѣночной брюшиной. Разобраться въ отношеніяхъ между петлями даже по раздѣленіи части сращеній не удастся. Наиболѣе раздутыя петли кишекъ троакарномъ освобождены отъ содержимаго въ нѣсколькихъ мѣстахъ,—отверстія эти закрыты. Въ брюшную полость введены три тампона. Часть раны закрыта шелковыми швами черезъ всю стѣнку. Подъ кожу влито 900 к. ст. физиологическаго раствора. Камфора и кофеинъ черезъ два часа...

15 мая.  $t^0$  37,7<sup>0</sup> утр., 36,8<sup>0</sup> веч., пульсъ 120—115. Подъ кожу введено 700 к. ст. солянаго раствора.

16 мая. Перевязка. Животъ вздутъ; сильныя боли; пульсъ 120 — 125;  $t^0$  37,3<sup>0</sup> — 37,5<sup>0</sup> Atropin sulfur—0,0005.

17 мая. Сильныя боли, рвота;  $t^0$  37,3<sup>0</sup> — 37,5<sup>0</sup>; пульсъ 115 — 120. Рана расширена; тампонада. Влито 700 к. ст. солянаго раствора. Atrop. sulf. — 0,0005. Infusum sennae salin.

18 мая. Обильно прослабило; чувствуетъ себя лучше; немного жидкаго кала на тампонѣ, повидимому, изъ области первоначальнаго раненія.

19 мая. Боли стихли; пульсъ 96 — 100; животъ почти не вздутъ. Небольшія солевые горячія клизмы утромъ и вечеромъ.

21 мая. Послѣ клизмы хорошо прослабило; немного кала черезъ рану.

24 мая. Exir. fluid. Cascar. sagr.—чайную ложку на ночь.

27 мая. Самочувствіе хорошее; жалобъ нѣтъ; появился аппетитъ; слабитъ дважды въ день жидковато. Отдѣляемое изъ раны гноевидное въ небольшомъ количествѣ.

5 іюня. Рана значительно сузилась.

13 іюня. Остается небольшая гранулирующая поверхность.

16 іюня. Все зарубцевалось; коллодійная повязка.

20 іюня. Открылся небольшой свищевой ходъ; зондъ уходитъ на 1 ст.; жалобъ нѣтъ.

29 іюня. Ходъ закрылся.

1 іюля. Оставлена безъ повязки.

2 іюля. Выписалась по собственному желанію здоровой.

Я видѣлъ больную спустя мѣсяцъ, затѣмъ два послѣ ухода изъ больницы. Она поражала своимъ цвѣтушимъ видомъ, была оживлена, не предъявляла никакихъ жалобъ, ѣла все до огурцовъ включительно, — дефекація самостоятельно, нормально; регулы ходятъ правильно. Бывшіе свищевые ходы всѣ закрыты; на мѣстѣ рубцовъ нѣтъ выпячиванія.

## Къ казуистикѣ летальныхъ исходовъ при пузырьномъ эхинококкѣ печени.

Гордый, независимый, неудержимый въ полетѣ своей мысли, человекъ жалокъ, если взглянуть на его стройную, но слабую физическую конструкцію. Въ теченіе своего краткаго надземнаго существованія онъ все время движется среди различныхъ превратностей, разставленныхъ той же природой на его осторожномъ пути. Жизнь вообще полна, быть можетъ, закономѣрныхъ, но вмѣстѣ съ тѣмъ часто неуволнимыхъ случайностей. Жизнь и рабочая дѣятельность врача, въ особенности хирурга даритъ ему эти случайности щедрой рукой; она такъ нерѣдко разстраиваетъ его строго продуманные планы, она рушитъ его твердыя, вмѣстѣ съ тѣмъ празднаыя надежды. Къ такимъ случайностямъ, ненужнымъ вообще, неизбѣжнымъ, неустрашимымъ въ данномъ явленіи, относится смертный исходъ у больной, которой мы отдали много вниманія, которую мы уже почти счастливы были видѣть на пути къ выздоровленію.

Евфросинья З. 59-ти лѣтъ поступила въ терапевтическую клинику Императорской Екатерининской больницы 2-го октября 1908 года съ жалобой на опухоль въ правомъ подреберьи и боли, отдающія въ спину, и общую слабость.

Рожала 3 раза благополучно. Злоупотребленія спиртными напитками, болотной лихорадки, желтухи, сифилиса не было. Легкія—норма; сердечные тоны нѣсколько глуховаты. Моча кислая, соломенно-желтаго цвѣта, уд. вѣса 1,010, содержитъ уробилинъ; подъ микроскопомъ небольшое количество лейкоцитовъ и плоскихъ клѣтокъ и единичные эритроциты. Уже около 30-ти лѣтъ она страдаетъ болями въ правомъ подреберьи. Боли эти то появляются, то исчезаютъ; за послѣднія 6-ть лѣтъ онѣ сдѣлались сильнѣй и стали чаще повторяться. Около полугода назадъ больная сама замѣтила опухоль въ правомъ подреберьи. Постепенно опухоль увеличивалась въ объемѣ. Больная стала худѣть, слабѣть, потеряла за это время около 15-ти фунтовъ въ вѣсѣ. Лѣчилась іодистымъ натріемъ.

Печень увеличена, на 3 пальца выходитъ изъ-подъ края реберъ. Въ области желчнаго пузыря прощупывается большая, плотная, напряженная опухоль грушевидной формы.

9 октября. t° 39°. Сзади въ нижней долѣ праваго легкаго ателектатическіе хрипы. Постепенно t° понизилась, хриповъ нѣтъ.

20 октября. Снова t° 39,3°; сильныя боли въ области печени. Переведена въ хирургическую клинику. Диагнозъ колебался между пузырьнымъ эхинококкомъ печени и эмпіемой желчнаго пузыря,—впрочемъ не исключалась возможность и злокачественнаго новообразованія пузыря или самой печени. Реакція Brieger'a на увеличенное содержаніе антитрипсина въ сывороткѣ крови, что имѣетъ мѣсто при злокачественныхъ опухоляхъ, произведенная приватъ-доц. А. П. Браунштейномъ, дала положительный результатъ.

21 октября. t° 37,6°. Операция (пр. А. В. Мартыновъ). По вскрытіи брюшной полости

обнаружена кистозная опухоль, исходящая изъ передняго края печени, илушая кзади и вправо. Опухоль такъ велика, что увидѣть оттиснутый ею желчный пузырь не удастся. Другихъ эхинококковыхъ пузырей въ брюшной полости не найдено. Опухоль обложена салфетками и вскрыта. Вышло огромное количество пузырей, частью наполненныхъ мутноватой, частью прозрачной жидкостью. Фиброзная капсула на довольно большомъ протяжении выдѣлена безъ значительнаго кровотеченія и изсѣчена. Въ глубинѣ связь ея съ печенью была болѣе интимна, а потому большая часть ея была оставлена. По опорожненіи кисты былъ найденъ желчный пузырь, онъ далеко оттѣсненъ кзади. Изолирующія салфетки смѣнены; въ полость введены тампоны; на стѣнки ея наложено нѣсколько швовъ. Частичное зашиваніе брюшной раны. t° вечеромъ 36,1°.

Первые дни больная была очень слаба. Дѣлались подкожныя вливанія фізіологическаго раствора. На 6-й день извлеченъ тампонъ изъ полости, онъ былъ сильно окрашенъ желчью; на 10-й день удалены изолирующія салфетки. Дальше t° утромъ колебалась отъ 36,5° до 37,5°, вечеромъ до 38,9°. Несмотря на ежедневныя перевязки, отдѣляемаго очень много съ большой примѣсью желчи. Испражнения окрашены нормально. Рана разошлась, въ нижнемъ углу ея прилежить покрытая грануляціями поперечно-ободочная кишка. Въ отдѣляемомъ съ рѣзкимъ каловымъ запахомъ стали появляться въ большомъ количествѣ безформенные комочки грязно-желтаго цвѣта, представлявшіе повидимому осажденную на стѣнкахъ желчь. Въ виду подозрѣнія на каловый свищъ, во время перевязокъ вводилась черезъ прямую кишку подкрашенная карминомъ жидкость; внутрь давался висмутъ; кристаллы его отыскивались въ содержимомъ полости; результатъ при тоіі и другой пробѣ получился отрицательный. Полость обильно промывалась солянымъ растворомъ. t° вечеромъ 37,5°—38,2°. Между прочимъ этой больной нѣсколько разъ примѣнялась капельная клизма 38°—40° изъ фізіологическаго раствора (2—3 капли въ секунду). Вводилось около минуты въ теченіе 1—1½ часа. Жидкость удерживалась хорошо. Впечатлѣніе отъ этихъ клизмъ скорѣе благопріятное; пульсъ дѣлался полнѣе, — больная чувствовала себя немного свѣжѣе. Постепенно больная становилась крѣпче, у нея появился аппетитъ; ей разрѣшено сидѣть.

2 и 3 декабря t° нормальная; сидитъ со спущенными ногами.

4 декабря въ 10 час. утра обычная перевязка. Больная оживлена; самочувствіе у ней хорошее. Въ 12 час. дня внезапно потрясающій ознобъ, похолоданіе конечностей, лицо, почти ціанотично, пульсъ не прощупывается. Животъ мягкій, не болѣзненный. Инъекція камфоры, кофеина; обложена горячими бутылками. Больная немного оправилась; пульсъ едва ощутимъ. Въ 2 часа дня t° 39,7°; въ 10½ час. вечера, несмотря на возбуждающія, она скончалась при явленіяхъ паралича сердца.

Вся эта картина произошла на нашихъ глазахъ. Было очевидно, что гдѣ-то произошло прободеніе, но отнести его къ опредѣленному органу не представлялось возможнымъ, за отсутствіемъ какихъ бы то ни было мѣстныхъ симптомовъ. Вскрытіе, произведенное прозекторомъ больницы В. С. Дѣвицкимъ, дало слѣдующій интересный фактъ. *Perforatio parietis venae cavae infer. pariete petrificata echinococci hepatis. Echinococcus hepatis cum petrificatione parietum. Degeneratio parenchymatosa hepatis. Perihepatitis chronica adhaesiva. Cholelythiasis. Hypernephroma renis dextri. Nephritis chronica interstitialis et arteriosclerotica. Obesitas pelvis renalis sin. Cystis echinococci in omento majore et in peritoneo infra ovarium sin. Errosiones colli uteri. Polypus fundi uteri. Fibromata uteri. Hyperplasia lienis. Oedema levis pulmonum. Emphysema pulmonis sin. et synech. pleurales sin. Hupertrophia et dilatatio cordis. Degeneratio parenchymatosa miocardii. Ar-*

*teriosclerosis nodosa intimaе aortae. Oedema et hyperaemia venosa cerebri meningumque.*

Механизмъ прободенія стѣнки вены въ нашемъ случаѣ повидимому надо себѣ объяснить такимъ образомъ: Отложившіяся на стѣнкахъ фиброзной капсулы известковыя бляшки вслѣдствіе движенія діафрагмы постепенно вызвали нарушеніе цѣлости и безъ того истонченной стѣнки капсулы, а затѣмъ и вены. Смерть по всей вѣроятности произошла отъ острой интоксикаціи поступившимъ въ общій токъ крови содержимымъ полости.

Интересно отмѣтить сложную комбинацію заболѣванія различныхъ органовъ. Помимо эхинококка печени и брюшной полости при вскрытіи было найдено: камни желчнаго пузыря, гипернефрома почки, полипы и множественныя фибромы матки. Что касается реакціи Бригера, то по крайней мѣрѣ въ данномъ случаѣ она оказалась очень деликатной. Сущность этой реакціи сводится къ слѣдующему: 1 капля 1% разведеннаго въ водѣ трипсина, взятая ушкомъ платиновой проволоки, нанесенная на чашку Petri съ Löffler'овской сывороткой, поставленную въ термостатъ при 55° черезъ 24 часа, даетъ въ ней углубленіе. Сыворотка человѣческой крови въ нормѣ содержитъ нѣкоторое количество антитрипсина, который при соединеніи съ растворомъ трипсина нейтрализуетъ его дѣйствіе. Нормальный титръ будетъ таковъ. Къ 1 каплѣ сыворотки крови мы должны прибавить 4—5 капель 1% раствора трипсина, чтобы стало получаться углубленіе въ чашкѣ Petri; однимъ словомъ въ одной каплѣ нормальной сыворотки крови хватаетъ антитрипсина, чтобы нейтрализовать дѣйствіе 4 капель 1% раствора трипсина. По наблюденіямъ Бригера въ крови больныхъ злокачественными новообразованіями имѣется повышенное содержаніе антитрипсина; слѣдовательно это повышенное количество свяжетъ большее количество трипсина и для полученія упомянутаго выше углубленія въ чашечкѣ Petri къ 1 каплѣ сыворотки этихъ больныхъ придется прибавлять не 4—5 капель 1% разведенія трипсина, а больше, т.-е 6—7—8—9—10 капель. У нашей больной реакція была положительной въ отношеніи 1:8.

Переходя теперь къ литературнымъ даннымъ, я долженъ отмѣтить, что мнѣ не удалось найти ни одного случая, гдѣ прободеніе въ вену при эхинококкѣ печени, подобно тому какъ у нашей больной, произошло черезъ такой большой промежутокъ времени послѣ операціи, когда мы были уже готовы считать ее на пути къ выздоровленію. Эхинококковый пузырь въ печени чаще прокладываетъ себѣ путь въ полость плевры и легкое, толстую кишку, желчный пузырь и желчные ходы и очень рѣдко въ крупныя печеночныя и нижнюю полую вену. Dévé<sup>1)</sup> въ своей статьѣ, относящейся къ 1903 году, собралъ изъ

---

<sup>1)</sup> Dévé. Sur les rapports des kystes hydatiques du foie avec le système veineux cave. Bul et mem. de la soc. anat. de Paris. 1903. № 3.

литературы 9-ть несомнѣнныхъ и 2 спорныхъ случая прорыва этихъ пузырей въ указанныя вены. Первый изъ этихъ случаевъ, принадлежащій Riaggu, описанъ въ 1828 году. Въ немъ такъ же какъ и въ слѣдующемъ въ хронологическомъ порядкѣ случаѣ Lhonneur'a (1855 г.), такъ же какъ у насъ прободеніе произошло вслѣдствіе известковыхъ отложеній, но не въ стѣнкѣ фиброзной капсулы, а въ стѣнкѣ самой вены, какъ указываютъ эти авторы. Изъ литературы послѣднихъ лѣтъ я не могъ прибавить къ этой статистикѣ ни одного новаго случая. Изъ этихъ 11-ти случаевъ въ 7-ми прободеніе произошло въ нижнюю полую, въ 4-хъ въ печеночную вену. Возрастъ больныхъ колебался отъ 6-ти до 70-ти лѣтъ. Обычно это были старыя, объемистыя, не нагноившіяся кисты. Въ 3-хъ случаяхъ отмѣчена небольшая травма, 3 раза прорывъ произошелъ во время самой операціи, въ остальныхъ причина не выяснена. Смерть наступала или моментально или черезъ нѣсколько минутъ,—въ одномъ случаѣ черезъ нѣсколько часовъ. Причина ея эмболія сердца и легочныхъ артерій. Въ 2-хъ случаяхъ эмболии не найдено. Въ нихъ, какъ и въ случаяхъ съ эмболией, возможно вліяніе быстрого повышенія давленія въ сердцѣ, а также острая интоксикація эхинококковой жидкостью.

Изучая посмертно отношеніе фиброзной капсулы эхинококка печени къ интересующимъ насъ венознымъ стволамъ, Девѣ въ 4-хъ представившихся ему случаяхъ нашелъ, что ихъ стѣнки на довольно большомъ протяженіи тѣсно соприкасались съ истонченной мѣстами до просвѣчиванія фиброзной капсулой. Стѣнки вены не представляли явленій флебита и эндофлебита. Разсматривая затѣмъ эти отношенія при томъ же заболѣваніи неоднократно у быка и барана, онъ могъ констатировать, что эхинококковый пузырь не только прилежитъ, но иногда и вдается въ полость нижней полой вены. Стѣнки эхинококка и вены бывали иногда настолько истончены, что, казалось, достаточно небольшого давленія, чтобы получить нарушеніе ихъ цѣлости. И у нихъ какъ правило не наблюдается эндофлебита; изрѣдка стѣнки вены, прижатые другъ къ другу, срastaются между собой. Итакъ, факты изъ патологіи человѣка и животныхъ устанавливаютъ относительную нерѣдкость близкаго соотношенія крупныхъ венозныхъ стволовъ и эхинококковыхъ пузырей печени. Стѣнки венъ въ такихъ случаяхъ не подвергаются измѣненіямъ въ смыслѣ утолщенія. Это сосѣдство обычно не вызываетъ никакихъ разстройствъ,—опасность имѣется въ скрытомъ видѣ. Хирургъ долженъ помнить объ этомъ сосѣдствѣ и быть осторожнѣй при выдѣленіи фиброзной капсулы эхинококка, я бы сказалъ не стремиться къ этому выдѣленію въ глубокихъ отдѣлахъ печени, а также въ виду возможнаго раненія крупныхъ тѣсно прилегающихъ сосудовъ осторожнѣй производить такъ назыв. капитонагсъ или ушиваніе полости эхинококка.

---

## **Lymphogranulomatosis.**

Заболѣванія, сопровождаемыя болѣе или менѣе распространеннымъ увеличеніемъ лимфатическихъ железъ, были впервые описаны въ 1832 году Hodgkin'ымъ. Въ образованную такимъ образомъ группу, названную по имени этого автора Hodgkin'овой болѣзью, входили самыя разнообразныя формы заболѣваній лимфатическаго аппарата. Послѣ того какъ въ 1845 году почти одновременно Bennett'омъ и Virchow'ымъ была описана настоящая лейкемія, вниманіе изслѣдователей снова было привлечено къ формѣ названной болѣзью Hodgkin'a и стало замѣчаться стремленіе точнѣе разобраться въ этой группѣ заболѣваній и по возможности выдѣлить изъ нея отдѣльныя формы. Не входя подробнымъ образомъ въ сложную и запутанную исторію этого вопроса, нужно указать, что Conheim'омъ было установлено понятіе псевдолейкеміи, т.-е. увеличенія лимфатическаго аппарата, особенно опуханія лимфатическихъ железъ и селезенки, вполне аналогичнаго соотвѣтственнымъ измѣненіямъ при лимфатической лейкеміи и состоящаго какъ и при этой болѣзни въ простой гиперплазіи лимфатическаго аппарата, причемъ отсутствуютъ характерныя измѣненія со стороны крови. Съ выдѣленіемъ этой группы оставались еще случаи многочисленныхъ вторичныхъ пораженій лимфатическаго аппарата и разнообразныя формы злокачественныхъ опухолей лимфатическихъ железъ, случаи, въ которыхъ какъ клиническая, такъ и гистологическая діагностика являлась весьма трудной и которые поэтому часто смѣшивались между собой.

Тѣмъ не менѣе почти до конца прошлаго столѣтія, несмотря на работы многихъ авторовъ, замѣтнаго прогресса въ этомъ вопросѣ не наблюдалось и только начиная съ 1898 г., благодаря работамъ Sternberg'a, къ этимъ заболѣваніямъ привлекается общее вниманіе и онѣ становятся предметомъ многочисленныхъ изслѣдованій; благодаря работамъ Sternberg'a, Yamassaki, Benda, Reede, Warnecke и многихъ болѣе позднихъ авторовъ устанавливается понятіе объ особомъ заболѣваніи лимфатическаго аппарата, отличномъ отъ псевдолейкеміи и злокачественныхъ опухолей и клинически выражающемся въ общемъ увеличеніи лимфатическихъ железъ, опухоли селезенки, развитіи лимфати-



ческихъ узловъ въ различныхъ органахъ, анеміи и прогрессирующей кахексіи. Болѣзнь эта названа была Yamassaki прежнимъ именемъ болѣзни Hodgkin'a, названіе, которое впрочемъ многіе авторы не считаютъ удачнымъ, такъ какъ оно можетъ подать поводъ къ путаницѣ и которое предлагаютъ замѣнить другими названіями, какъ напримѣръ: *Lymphomatosis granulomatosa*, *Granulomatosis textus lymphatici*, *Malignes Granulom des Drüsenapparates*, *Granulamatose pseudoleukämie* (Pappenheim).

Ясное представленіе объ отличіи этой новой формы отъ настоящей псевдолейкеміи въ смыслѣ Conheim'a съ одной стороны, и отъ злокачественныхъ новообразованій и туберкулеза съ другой, можетъ дать только изученіе патологической гистологіи этого заболѣванія. Такъ какъ касаться этого вопроса не входитъ въ мою задачу, то я ограничусь только тѣмъ, что напому словами Kaufmann'a, что здѣсь дѣло идетъ о системномъ заболѣваніи всего гематопоезического аппарата, которое клинически имитируетъ картину псевдолейкеміи, между тѣмъ какъ анатомически въ противоположность наблюдаемой при псевдолейкеміи простой гиперплазіи лимфоидной ткани, здѣсь дѣло идетъ о развитіи своеобразной грануляціонной ткани въ разныхъ органахъ гематопоезической системы; кромѣ лимфатическихъ железъ процессъ можетъ локализоваться также въ селезенкѣ, костномъ мозгу, плеврѣ, при чемъ дѣло идетъ не о метастазахъ, какъ въ случаѣ злокачественныхъ новообразованій, но объ аутохтонномъ развитіи этой ткани изъ лимфоидной ткани, находящейся въ самыхъ разнообразныхъ органахъ.

Патологическая анатомія этого страданія можетъ считаться въ настоящее время достаточно выясненной трудами какъ выше названныхъ авторовъ, такъ и многихъ болѣе позднихъ.

Гораздо менѣе разработанной является клиника этой болѣзни, хотя и въ этой области нужно указать на труды Pappenheim'a и Nägeli (особенно для крови), Schur'a, Zuppringer'a, Lehdorf'a и др. Въ настоящей статьѣ я имѣю въ виду привести два случая лимфогранулематоза, наблюдавшихся въ нашей клиникѣ за послѣднее время и остановиться болѣе подробно на клинической сторонѣ этой болѣзни.

Съ клинической стороны является прежде всего характернымъ для лимфогранулематоза развитіе опухолей всего лимфатического аппарата и образованіе узловъ въ преформированной лимфоидной ткани различныхъ органовъ. Всего чаще встрѣчаются случаи, въ которыхъ поражены бываютъ железы почти всѣхъ областей организма. При этомъ болѣзнь начинается обыкновенно появленіемъ опухоли шейныхъ лимфатическихъ железъ; затѣмъ опуханіе распространяется на остальные области, захватывая кромѣ шейныхъ еще подмышечныя, медиастинальныя, перибронхіальныя, мезентеріальныя, ретроперитонеальныя и паховыя железы. Но довольно часто поражаются также железы только отдѣльныхъ областей. Особенно нужно указать на тѣ случаи,

гдѣ пораженія наружныхъ, т.-е. подкожныхъ, железъ не бываетъ, а опуханіе захватываетъ лишь ретроперитонеальныя и мезентеріальныя железы; таковы два случая, описанные Dietrich'омъ. Равнымъ образомъ въ случаѣ, описанномъ Ивановымъ, не указывается пораженія наружныхъ железъ, между тѣмъ какъ мезентеріальныя и забрюшинныя железы были поражены. Повидимому, хотя и рѣдко, дѣло можетъ ограничиваться опухолью медиастинальных и перибронхіальныхъ железъ (4-й случай Dietrich'a). Во всѣхъ случаяхъ наблюдается развитіе характерныхъ узловъ въ селезенкѣ, которая достигаетъ часто весьма значительной величины, иногда же увеличеніе ея бываетъ не особенно большимъ <sup>1)</sup>. Весьма часто также поражается печень. Затѣмъ опухоли появляются на плеврѣ, сопровождаясь развитіемъ плевритического выпота.

Benda отмѣчаетъ частоту образованія характерныхъ узловъ въ легкихъ въ противоположность лейкеміи, при которой этотъ органъ поражается рѣдко. Наоборотъ дѣло обстоитъ съ почками, которыя при лимфогранулематозѣ повидимому не поражаются, между тѣмъ какъ лейкемическія опухоли въ нихъ наблюдаются довольно часто (Benda), хотя впрочемъ въ случаѣ Fabian'a было развитіе гранулематозныхъ узловъ въ одной изъ почекъ. Въ этомъ же случаѣ наблюдалось также пораженіе тѣлъ поясничныхъ позвонковъ, въ которыхъ находились гранулематозныя образованія величиною съ горошину. Развитіе характерныхъ узловъ наблюдается также на брюшинномъ покровѣ (Benda).

Опухоли лимфатическихъ железъ могутъ производить давленіе на сосѣдніе органы; такъ напримѣръ наблюдаемый при этомъ заболѣваніи очень частый пульсъ (иногда до 140 въ мин.) объясняется по Zuppringer'у и Lehndorff'у давленіемъ на n. vagus. Давленіе на бронхъ вызываетъ одышку и стридорозный дыхательный шумъ, явленіе, которое можно доказать не только при аутопсіи, но и прижизненнымъ изслѣдованіемъ Рентгеновскими лучами, дающими на экранѣ тѣни увеличенныхъ медиастинальных железъ (Lehndorff). Равнымъ образомъ могутъ быть прижаты и большіе венные стволы, подобно тому какъ это бываетъ вообще при медиастинальных опухоляхъ; въ этомъ случаѣ бываютъ обыкновенныя явленія затрудненнаго оттока крови изъ венъ шеи, головы и груди. Въ полости живота опухоли могутъ производить давленіе между прочимъ на ductus thoracicus, чѣмъ и объясняется наблюдавшееся въ нѣкоторыхъ случаяхъ развитіе хилезнаго асцита (подобный же хилезный выпоть наблюдался и въ плеврѣ).

По характеру опухолей лимфатическихъ железъ лимфагранулема-

---

<sup>1)</sup> Можетъ ли дѣло ограничиваться развитіемъ узловъ лишь въ одной селезенкѣ, безъ пораженія железъ, сказать съ увѣренностью пока нельзя. Rappenheim разсматриваетъ многіе изъ случаевъ, описанныхъ подъ названіемъ anaemia splenica или anaemia pseudo-leucaemica infantum какъ Granulomatosis съ ліенальной локализацией.

тозъ не легко отличить отъ другихъ подобныхъ заболѣній, особенно отъ псевдолейкемическихъ; железы образуютъ различной величины пакеты; отдѣльныя железы обыкновенно отграничиваются другъ отъ друга, сращенія ихъ между собой и съ кожей обыкновенно не происходитъ; опухоли безболѣзненны; въ большинствѣ случаевъ, какъ и при другихъ подобныхъ заболѣваніяхъ, появленіе опухоли железъ наблюдается впервые въ области шеи.

По сравненію съ псевдолейкеміей можно указать на то, что при ней пораженіе очень рано распространяется на весь лимфатическій аппаратъ, а при гранулематозахъ оно часто долгое время, а иногда, какъ указано выше, и въ теченіе всей болѣзни ограничивается отдѣльными группами (Lehndorff); также и консистенціи опухолей при псевдолейкеміи представляется болѣе мягкой, чѣмъ при гранулематозѣ.

Въ противоположность сказанному, при лимфосаркоматозѣ рано происходитъ спаяніе отдѣльныхъ пакетовъ, переходъ новообразованія на кожу и другія сосѣднія ткани. Также и въ случаяхъ настоящаго туберкулеза лимфатическихъ железъ спаяніе съ кожей, размягченіе железъ, образованіе фистулезныхъ ходовъ и т. д. позволяютъ иногда отличить это заболѣваніе отъ гранулематозныхъ пораженій. Такъ называемое золотушное страданіе железъ, поскольку оно не является настоящимъ туберкулезомъ железъ, развивается обыкновенно вторично при различныхъ мѣстныхъ заболѣваніяхъ кожи и слизистой оболочки носа и зѣва.

Второй главный симптомъ этого заболѣванія представляетъ лихорадка. Лихорадочное состояніе длится часто очень продолжительное время. Особенно замѣчательны случаи, въ которыхъ ходъ температуры представляетъ большую или меньшую правильность, выражающуюся въ чередованіи лихорадочныхъ и безлихорадочныхъ періодовъ, имѣющихъ приблизительно одинаковую продолжительность обыкновенно 10—14 дней, при чемъ во время лихорадочныхъ періодовъ происходитъ постепенное нарастаніе температуры: каждый вечеръ она поднимается выше, чѣмъ предыдущій день; день на 5-й или 6-й она достигаетъ maximum'a 39—40° и затѣмъ также постепенно въ теченіе дней 6-ти спадаетъ. Такая правильность бываетъ выражена не во всѣхъ относящихся сюда случаяхъ; иногда, даже и въ наиболѣе характерныхъ въ этомъ отношеніи случаяхъ, правильное теченіе смѣняется болѣе неправильными колебаніями температуры; но и при этихъ условіяхъ удается все-таки подмѣтить нѣкоторую періодичность въ температурной кривой. Подобный симптомокомплексъ описанъ впервые Pel'emъ и названъ Ebstein'омъ (1887 г.) *chronisches Rückfallsfieber*, но по Sternberg'у онъ не представляетъ собой самостоятельной формы, а большинство описанныхъ случаевъ можно разсматривать какъ случая, указаннаго Sternberg'омъ заболѣванія, т.-е. лимфогранулематоза.

Но очень часто, можетъ быть чаще, чѣмъ этотъ болѣе или ме-

нѣе правильный ходъ температуры, наблюдается лихорадочное теченіе совершенно неправильнаго типа, такъ что, къ сожалѣнію, при діагнозѣ нельзя воспользоваться этимъ своеобразнымъ признакомъ (см. объ этомъ вопросѣ также дальше). Иногда встрѣчаются случаи, въ которыхъ почти совсѣмъ не бываетъ лихорадочнаго состоянія, или подъемы  $t^0$  очень незначительны (особен. 1-й случ. Yamassaki).

Со стороны крови наблюдается пониженіе гемоглобина и числа красныхъ кровяныхъ тѣлецъ; обыкновенно пониженіе это не достигаетъ очень сильныхъ степеней. Иногда гемоглобинъ падаетъ сильнѣе, чѣмъ число красныхъ тѣлецъ. Въ послѣднія недѣли болѣзни могутъ попадаться красныя кровяныя кѣтки съ ядрами. Кромѣ того наблюдается иногда базофильная зернистость красныхъ тѣлецъ. Очень важенъ вопросъ объ отношеніяхъ бѣлыхъ тѣлецъ при гранулематозѣ. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ не наблюдалось никакихъ измѣненій со стороны лейкоцитовъ ни въ отношеніи ихъ количества, ни въ отношеніи процентнаго состава ихъ различныхъ формъ; тѣмъ не менѣе по большинству авторовъ наиболѣе характернымъ для лимфогранулематоза является умѣренный лейкоцитозъ, обыкновенно отъ 10 до 20 тысячъ, иногда больше — 40—50 тысячъ (Histhmann, Stross, Nägeli.) Особенно интереснымъ является при этомъ увеличеніе числа многоядерныхъ нейтрофильныхъ лейкоцитовъ, иногда до 75% и даже 95%; въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдалось при этомъ увеличеніе числа эозинофиловъ, особенно въ болѣе раннихъ стадіяхъ. (Schur, Longcore). Лимфоциты при этомъ бываютъ и относительно и абсолютно уменьшены вслѣдствіе разрушенія лимфатическихъ железъ. Кромѣ такихъ болѣе частыхъ случаевъ въ литературѣ попадаются указанія и на другія отношенія; такъ по Reed и Crowder'у при гранулематозахъ можетъ встрѣчаться и легкій относительный лимфоцитозъ; наблюдалась также и лейкопенія съ почти полнымъ исчезновеніемъ полинуклеарныхъ нейтрофильныхъ лейкоцитовъ (Gütig). Тѣмъ не менѣе большинство авторовъ считаютъ характернымъ для гранулематозовъ небольшой полинуклеарный нейтрофильный лейкоцитозъ при уменьшеніи числа лимфоцитовъ (Nägeli, Lehdorff, Labian). Кромѣ указанныхъ измѣненій крови наблюдается иногда особенно подъ конецъ, появленіе міелоцитовъ, какъ явленіе, указывающее на участіе въ процессѣ костнаго мозга. Затѣмъ Lehdorff отмѣчаетъ еще увеличеніе количество кровяныхъ пластинокъ.

Такимъ образомъ, въ противоположность псевдолейкеміи, при которой мы имѣемъ небольшое увеличеніе общаго числа лейкоцитовъ (впрочемъ по Grawitz'у оно можетъ достигать до 30.000), при чемъ главная доля этого увеличенія падаетъ на лимфоцитовъ, доходящихъ иногда до 70—90% общаго числа бѣлыхъ тѣлецъ при болѣзни Hodgkin'a мы имѣемъ въ большинствѣ случаевъ нейтрофильный полинуклеозъ, обстоятельство, имѣющее очень важное значеніе для дифференціального діагноза этихъ двухъ формъ. По Schur'у хронически отсутствующій лимфоци-

тозъ говоритъ противъ возможности псевдолейкеміи. Lehdorff также указываетъ, что псевдолейкемія рано или поздно ведетъ къ относительному увеличенію лимфоцитовъ, и конецъ ея бываетъ всегда лимфемическимъ. Впрочемъ, какъ ни важно это обстоятельство, окончательно разрѣшеннымъ считать этого вопроса нельзя: такъ Hirschfeld, Pappenheim и Plehn считаютъ данныя со стороны крови малохарактерными для лимфо-гранулематоза. Fabian, указывая какъ на самое частое и обыкновенное при гранулематозѣ на этотъ полинуклеозъ и считая его очень значительной чертой въ картинѣ болѣзни, прибавляетъ: а вопросъ, поскольку эта формула достаточна для дифференціального діагноза (съ псевдолейкеміей), нуждается въ дальнѣйшихъ изслѣдованіяхъ. Данныя изслѣдованія крови при другихъ пораженіяхъ лимфатическаго аппарата не даютъ возможности для дифференціального діагноза. Такъ при распространенномъ туберкулезѣ лимфатическихъ железъ также можетъ встрѣчаться нейтрофильный лейкоцитозъ, хотя вообще данныя изслѣдованія крови въ этомъ случаѣ противорѣчивы.

То же самое нужно сказать и по отношенію къ лимфосаркоматозу, при которомъ можетъ встрѣчаться какъ нормальный составъ крови, такъ и сильно выраженные лимфо- и лейкоцитозы.

Относительно измѣненій мочи можно сказать лишь немного: въ мочѣ можетъ быть бѣлокъ, иногда попадаютъ цилиндры. Бѣлокъ обыкновенно бываетъ лишь въ небольшомъ количествѣ. Значительныя количества бѣлка встрѣчаются лишь подъ конецъ жизни въ случаѣ развитія амилоида. По Schur'у это обстоятельство является важнымъ по сравненію съ псевдолейкемическими заболѣваніями, такъ какъ комбинація амилоида съ псевдолейкеміей до сихъ поръ не описана. Важное значеніе имѣетъ также діазореакція, выпадающая при лимфогранулематозѣ часто положительно, между тѣмъ какъ при псевдолейкеміи она, повидимому, не наблюдается (Nägeli, Lehdorff).

Затѣмъ клиническая картина лимфогранулематоза по сравненію съ псевдолейкеміей характеризуется отсутствіемъ геморрагическаго діатеза. Не наблюдаются также при этомъ страданіи псевдолейкемическіе инфильтраты кожи и слизистыхъ оболочекъ, хотя Grosz'омъ описано совершенно особое, не похожее на псевдолейкемическія пораженія заболѣваніе кожи — Lymphogranulomatosis cutis, а по Ferrari и Caminoti въ 1 случаѣ наблюдалось и соответственное измѣненіе слизистой оболочки.

Настоящихъ туберкулезныхъ и золотушныхъ пораженій кожи при Hodgkin'овой болѣзни не наблюдалось, равнымъ образомъ не встрѣчался и lupus; присутствіемъ подобныхъ пораженій говоритъ противъ гранулематоза и за туберкулезное заболѣваніе (Lehdorff). Даже въ тѣхъ случаяхъ Hodgkin'овой болѣзни, въ которыхъ при гистологическомъ изслѣдованіи на ряду съ гранулематозными находились и туберкулезныя измѣненія, реакція на впрыскиваніе туберкулина вы-

падала отрицательно. Но, какъ замѣчаетъ Fabian, къ результатамъ этой реакціи, а также къ конъюнктивіальной реакціи при гранулематозѣ нужно относиться осторожно, такъ какъ по Wolf-Elsner'у конъюнктивіальная реакція при туберкулезныхъ опухоляхъ железъ всегда бываетъ отрицательна. Впрыскиваніе растертыхъ железъ въ брюшину или подъ кожу морской свинки также даетъ отрицательный результатъ.

Съ теченіемъ времени у больного развиваются явленія кахексіи и анеміи. Ходъ болѣзни обыкновенно бюваетъ длительный, часто она продолжается годами (4 года, случ. Schur'a) и ведетъ къ смерти при явленіяхъ кахексіи и истощенія. Иногда же теченіе бываетъ болѣе острое: такъ Hirschfeld и Isaak описываютъ случай Hodgkin'овой болѣзни у мужчины 61 года, приведшій къ смерти въ теченіе шести недѣль при быстромъ развитіи кахексіи. Болѣзнь эта встрѣчается какъ у мужчинъ, такъ и женщинъ, хотя у мужчинъ, повидимому, значительно чаще; она бываетъ во всякомъ возрастѣ: случай Lehndorff'a у дѣвочки 5-ти лѣтъ, у Hirschfeld'a и Isaak мужчина 61 года.

Однимъ изъ главныхъ вопросовъ для клиники является вопросъ о возможности прижизненнаго діагноза этого страданія. Конечно, въ случаяхъ, протекающихъ съ пораженіемъ наружныхъ железъ, возможна біопсія и гистологическое изслѣдованіе, обезпечивающее въ большинствѣ случаевъ діагнозъ. Но всегда ли біопсія дѣлаетъ возможной вѣрную постановку діагноза? Yamassaki приводитъ 2 случая этой болѣзни, принявшихъ въ дальнѣйшемъ теченіи характеръ новообразования и перешедшихъ въ саркому. Равнымъ образомъ Dietrich въ своей работѣ приводитъ 2 случая, ясно принявшихъ саркоматозный характеръ и указываетъ, что хотя въ остальныхъ его случаяхъ прямого перехода въ неоплазму не было, тѣмъ не менѣе почти всегда наблюдалось прорастаніе своеобразныхъ грануляціонныхъ образованийъ не только въ лимфатическіе сосуды, но и въ вены.

Оставляя въ сторонѣ возможность прижизненнаго гистологическаго изслѣдованія, нужно сказать, что дифференціальный діагнозъ отъ псевдолейкеміи труденъ и часто невозможенъ. Указанное характерное теченіе типа хронической возвратной лихорадки всего скорѣе могло бы служить опорой для діагноза; дѣйствительно многіе авторы придаютъ ему очень важное значеніе для дифференціальнаго діагноза отъ псевдолейкеміи и лимфосаркоматоза; но, помимо того, что подобный ходъ температуры, какъ мы видѣли, встрѣчается не всегда и вѣроятно не въ большинствѣ случаевъ, его нельзя считать принадлежностью исключительно Hodgkin'ова гранулематоза. По van der Scheer'у встрѣчаются подобные случаи, развивающіеся вслѣдствіе тяжелой малярійной инфекціи, при чемъ ихъ правильное пониманіе затрудняется тѣмъ, что при нихъ часто отсутствуетъ типичное для маляріи благоприятное дѣйствіе хинина.

Подобный рекуррирующий типъ лихорадки наблюдается также по

Hampeln'y и Kast'y, иногда и при различныхъ злокачественныхъ новообразованіяхъ и объясняется періодичностью (schubweise) ихъ роста.

Для иллюстраціи возможности такихъ температурныхъ кривыхъ при злокачественныхъ новообразованіяхъ позволю себѣ вкратцѣ упомянуть о случаѣ, наблюдавшемся въ нашей клиникѣ, характерномъ по своему періодическому ходу температуры, и діагностика котораго на основаніи изслѣдованія, произведеннаго проф. Никифоровымъ, была *sarcoma globocellulare*.

Женщина 22-хъ лѣтъ, вдова (съ 29/vi по 22/viii 1901 г.). За годъ до поступленія въ клинику замѣчено образованіе небольшихъ опухолей въ грудныхъ железахъ. Опухоли многочисленные, различной величины; наибольшія достигаютъ величины крунаго орѣха. Вырѣзанная опухоль при гистологическомъ изслѣдованіи, какъ я уже указалъ, оказалась *sarcoma globocellulare*. Больная къ сожалѣнію выписалась изъ клиники. Интересно то, что въ теченіе всего времени главныя жалобы больной составляли боли тянущаго характера въ костяхъ нижнихъ конечностей и въ груди. Составъ крови былъ такой: 2.500.000 красныхъ, 7,459 бѣлыхъ, 35% гемоглобина. Къ сожалѣнію о морфологическомъ составѣ крови въ исторіи болѣзни ничего не упоминается. Поэтому остается невыясненнымъ, можно ли наблюдавшіяся боли въ костяхъ относить на пораженіе костнаго мозга (рис. 1).

Такимъ образомъ одной изъ главныхъ точекъ опоры для постановки діагноза является указанный выше нейтрофильный лейкоцитозъ въ связи съ уменьшеніемъ лимфоцитовъ; явленіе, наличие котораго дѣйствительно позволяетъ несомнѣнно исключить псевдолейкемію.

По отношенію же къ лимфосаркоматозу приходится обращать главное вниманіе на характеръ опухолей лимфатическихъ железъ, отношеніе ихъ къ сосѣднимъ тканямъ, переходъ на кожу, и на то обстоятельство, что при лимфогранулематозѣ пораженіе бываетъ часто болѣе распространеннымъ. Очень труднымъ можетъ быть дифференціальный діагнозъ съ распространеннымъ туберкулезомъ лимфатическихъ железъ; здѣсь приходилось бы руководствоваться главнымъ образомъ результатомъ изслѣдованія вырѣзанныхъ железъ и еще болѣе ихъ прививкой животному.

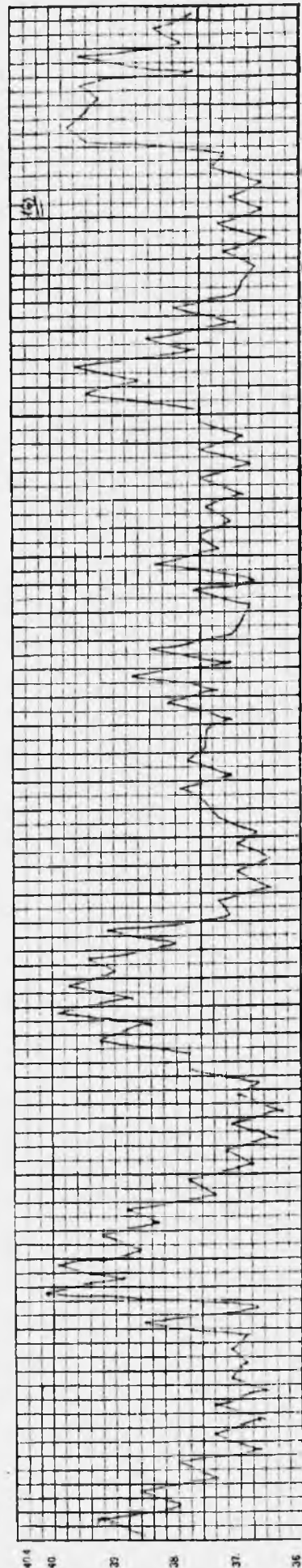


Рис. 1.



Что касается этиологии Hodgkin'ова лимфогранулематоза, то Sternberg'омъ была указана связь этого заболѣванія съ туберкулезомъ, и онъ считалъ его какъ бы за особую форму туберкулеза лимфатическаго аппарата, указывая на частое нахожденіе туберкулезныхъ бациллъ и одновременное существованіе на ряду съ измѣненіями характерными для Hodgkin'овой болѣзни и туберкулезныхъ узелковъ. Но повидимому въ настоящее время большинство авторовъ не допускаютъ прямой связи съ туберкулезомъ; Venda говоритъ, что, хотя эта связь несомнѣнна, но разница между тѣми и другими пораженіями слишкомъ велика, чтобы говорить просто о тождествѣ этихъ процессовъ. Онъ считаетъ, что это заболѣваніе вызывается не специфическимъ инфекціоннымъ возбудителемъ, а модифицированными или ослабленными токсинами различныхъ инфекціонныхъ возбудителей. Yamassaki считаетъ это страданіе за хроническую инфекціонную болѣзнь *sui generis*, но при этомъ указываетъ, что больные могутъ получать при ней особое расположеніе къ туберкулезу. Dietrich также считаетъ, что туберкулезъ является лишь случайной комбинаціей, такъ какъ туберкулезныя бациллы могутъ находить для себя благопріятную почву въ подобныхъ заболѣваніяхъ лимфатическихъ железъ. Также высказываются и Borst, Reed, Fischer, — указывая на то, что если туберкулезъ встрѣчается, то онъ является лишь случайной комбинаціей или вторичной инфекціей. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ въ анамнезѣ этихъ больныхъ встрѣчается сифилисъ. Fabian <sup>1)</sup> указываетъ, что по до сихъ поръ опубликованнымъ даннымъ сифилисъ въ первой линіи послѣ туберкулеза долженъ приниматься въ соображеніе какъ причина или по крайней мѣрѣ какъ почва (Basis) для заболѣванія гранулематозомъ.

Въ отношеніи сифилитической этиологии интересенъ случай, опубликованный Чистовичемъ („Русскій Врачъ“ 1906 г. № 52). У 38-лѣтней женщины появились приступы правильной хронической возвратной лихорадки съ тахіитми до 40°, съ періодами, длящимися около 10 дней; болѣзнь длилась около 8 мѣсяцевъ; она сопровождалась увеличеніемъ селезенки (замѣчательно, что набуханіе селезенки увеличивалось во время приступовъ). Увеличенія наружныхъ железъ не было. Влѣво отъ пупка прощупывалась болѣзненная опухоль; былъ ли это пакетъ увеличенныхъ железъ, Чистовичъ не рѣшается высказаться опредѣленно. Ввиду того, что всѣ дѣти больной умирали очень рано, затѣмъ на правой и лѣвой рукахъ находились опухоли, можетъ быть гуммознаго характера, больной былъ назначенъ іодистый калий. Уже черезъ 3 дня температура пала до 36,7, потомъ еще ниже. Соотвѣтственно этому улучшеніе общаго состоянія и уменьшеніе селезенки; хотя черезъ 10 дней наблюдалось небольшое повышеніе t°, именно до 37,2, но въ дальнѣйшемъ теченіи наступило полное улучшеніе, и больная выписалась здоровой. Чистовичъ при-

---

<sup>1)</sup> Въ № 19 Münch. Med. Wochentehr 1910 г. Саан приводит изслѣдованіе 4-хъ случаевъ болѣзни Hodgkin'a на Wassermann'овскую реакцію. На основаніи анамнеза и клиническихъ данныхъ сифилисъ можно было исключить, тѣмъ не менѣе во всѣхъ 4-хъ случаяхъ получалось отклоненіе комплемента (какъ антигеномъ Саан пользовался алкогольнымъ экстрактомъ сердца морской свинки). Въ какомъ отношеніи это явленіе стоитъ къ этиологии даннаго заболѣванія, остается невыясненнымъ.



сляетъ свой случай къ той же группѣ, какъ и описанные Pel'emъ и Ebstein'омъ, но ввиду отсутствія патолого-анатомическаго изслѣдованія и рѣзкаго улучшенія послѣ приѣмовъ йода, указывающаго на настоящій сифилитическій процессъ, возможно нѣкоторое сомнѣнiе.

Лимфогранулематозъ считается въ настоящее время всѣми авторами какъ самостоятельная нозологическая единица какъ въ отношеніи патологоанатомическомъ, такъ и клиническомъ, въ отношеніи же этиологическомъ кромѣ указанной выше несомнѣнной связи съ туберкулезомъ и сифилисомъ для объясненія остальныхъ случаевъ приходится предположить еще ненайденный, можетъ быть, и неодинаковый для разныхъ случаевъ этиологическій моментъ.

Переходя къ случаямъ, наблюдавшимся въ нашей клиникѣ, я долженъ сказать, что 1-й изъ нихъ былъ продемонстрированъ мною при его жизни въ 1908 году въ конференціи врачей Императорской Екатерининской больницы съ диагнозомъ *Lymphoma malignum*.

Это былъ мужчина 28 лѣтъ; въ клиникѣ пробылъ съ 11/ix по 21/xi; по профессіи серебряникъ-граверъ, заболѣлъ въ сильной степени за 3 мѣсяца до поступленія въ клинику, слѣдовательно въ общемъ болѣзнь продолжалась 5½ мѣсяцевъ. Условія жизни удовлетворительныя. Послѣдніе 2 года *abusus in Baccho*. О родителяхъ и родственникахъ больного ничего не извѣстно. Въ дѣтствѣ перенесъ корь, 12-ти лѣтъ брюшной тифъ, 25-ти лѣтъ возвратный тифъ. *Lues* отрицалъ. Въ 1906 году впервые замѣтилъ увеличеніе шейныхъ железъ, сначала очень медленное и не безпокоившее больного. За 3 мѣсяца до поступленія въ клинику увеличеніе железъ стало развиваться гораздо быстрее; однако общее состояніе оставалось удовлетворительнымъ. За 2 мѣсяца до поступленія въ клинику внезапно появилось лихорадочное состояніе, боли въ подложечной области и боку, потомъ и ломота въ ногахъ.

*Status praesens.* Со стороны органовъ пищеваренія отмѣчались небольшія диспептическія явленія и почти постоянная боль въ подложечной области. Увеличенія печени не замѣчалось; селезенка была увеличена очень значительно: она выступала изъ

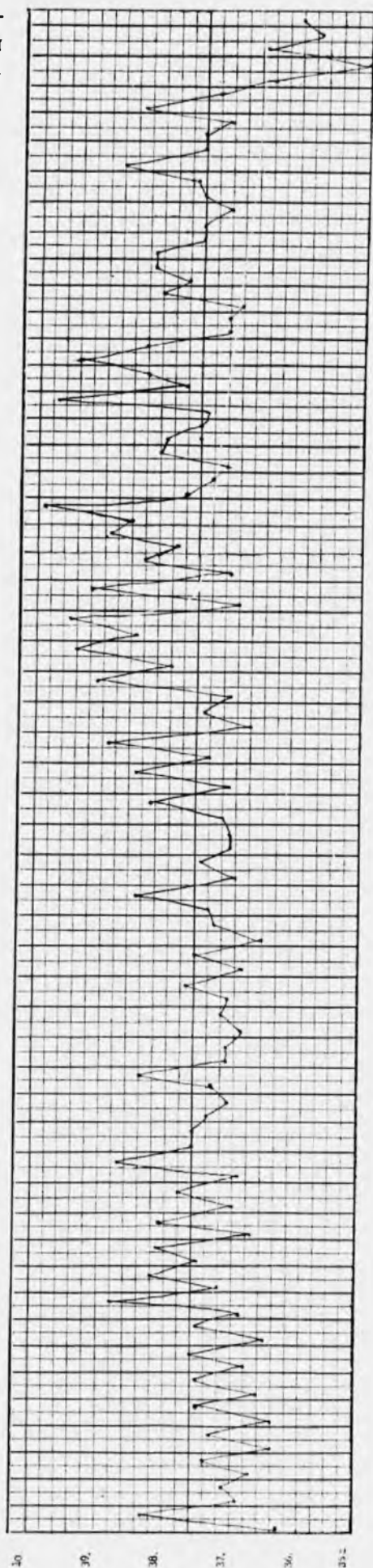


Рис. 2.

подъ края реберъ по крайней мѣрѣ на ширину ладони. Моча насыщеннаго цвѣта кислой реакціи, удѣлн. вѣсъ 1021. Въ осадкѣ ураты бѣлка и сахара не было. Діазореакція не выходила.

Небольшой кашель съ небольшимъ количествомъ слизисто-гнойной мокроты. Туберкулезныхъ бациллъ найдено не было. Довольно сильныя боли въ лѣвомъ боку. При перкуссии — съ лѣвой стороны приглушеніе, начинающееся на 2 пальца ниже угла лопатки, переходящее на бокъ и сливающееся съ лѣвой границей сердечной тупости; на мѣстѣ приглушенія ослабленный дыхательный шумъ. Тоны сердца слабы, шумовъ нѣтъ. Пульсъ 100—110 въ минуту, средняго исполненія. Со стороны нервной системы отмѣчается лишь головная боль и плохой сонъ. Почти ежедневно ночью ломота въ костяхъ нижнихъ конечностей. Цвѣтъ кожи блѣдный. Довольно сильныя поты.

Наблюдаются опухоли, представляющіяся увеличенными пакетами лимфатическихъ железъ: на шеѣ, подъ ключицей, подъ мышками съ правой и въ болѣе сильной степени съ лѣвой стороны. Равнымъ образомъ увеличены и паховыя железы той и другой стороны. Составъ крови при поступленіи такой: красныхъ тѣлецъ 2.980.000. Гемоглобина 50<sup>0</sup>/<sub>0</sub>; лейкоцитовъ 5.000.

Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни количество красныхъ тѣлецъ и гемоглобина прогрессивно падало: сначала 2.400.000 кр. т. и 70<sup>0</sup>/<sub>0</sub> гемоглоб. и въ концѣ 1.500.000 кр. т. и 30<sup>0</sup>/<sub>0</sub> гемогл. Количество бѣлыхъ подъ конецъ возросло до 8.000. Составъ бѣлыхъ тѣлецъ былъ такой: (21 х) полинуклеаровъ 65, лимфоцитовъ большихъ и малыхъ 34<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, эозинофиловъ около 1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Среди красныхъ тѣлецъ попадались нормо-и мегало-бласты. Ходъ температурный кривой былъ совершенно неправильный, какой-либо періодичности подмѣтить не удалось (рис. 2). Лихорадочное состояніе продолжалось до самаго конца. Добытая при помощи пробнаго прокола жидкость изъ полости плевры содержала, главнымъ образомъ, лимфоциты. Въ дальнѣйшемъ теченіи плевритическій выпотъ увеличивался, такъ что приходилось 2 раза дѣлать откачиваніе жидкости (19 ix — 400 с. ст.; 30 ix — 600 с. ст.) общая слабость и одышка возрастали; въ началѣ октября констатировано увеличеніе печени и образованіе на ней бугристости. Въ началѣ ноября развитіе отека на лѣвой сторонѣ до 1<sup>2</sup> бедра. Въ то же время констатировано увеличеніе ретростернальныхъ и медиостинальныхъ железъ; именно появилось затрудненіе глотанія и дыханія и развилось приглушеніе на *manubrium sterni* и въ обѣ стороны отъ него. Образовалась опухоль на *sternum*. Затѣмъ явленія упадка силъ быстро прогрессировали и 21-го ноября больной скончался.

*Протоколъ вскрытія.* (Въ обоихъ случаяхъ вскрытіе и микроскопическое изслѣдованіе производилось В. С. Дѣвицкимъ.) Трупъ истощеннаго мужчины. Кожныя покровы блѣдны. Съ лѣвой стороны шеи, подъ лѣвой ключицей и въ подмышечной впадинѣ — обширныя, легко сравнительно подвижныя железистыя пакеты. Въ полости живота отмѣчается рѣзко увеличенная селезенка, спускающаяся до уровня нижняго края лѣвой почки, рѣзкое увеличеніе большихъ пакетовъ забрюшинныхъ и залегающихъ въ брюшинѣ расположенныхъ около желудка и около *pancreas* лимфатическихъ железъ; рѣзко увеличены лимфатическія железы *mediastini*, *colli* et *axillae* преимущественно съ лѣвой стороны. Железы мягки на ощупь, не сливаются, лежатъ отдѣльными пакетами, на разрѣзѣ сочны, бѣловатаго цвѣта; участковъ некроза въ нихъ не замѣчается. Печень увеличена, выступаетъ изъ-подъ края реберъ; она какъ и селезенка почти вся нафарширована мелкими узелками бѣловатаго цвѣта приблизительно величиною съ горошину. Костный мозгъ бедра краснаго цвѣта. Въ лѣвой плеврѣ скопленіе около 400 с. ст. прозрачной желтаго цвѣта жидкости. На костальной плеврѣ разсыяны нѣсколько мягкихъ узелковъ бѣловатаго цвѣта. Нижняя доля лѣваго легкаго сдавлена, безвоздушна, кожиста. Правое легкое эмфизематозно, и въ нижнихъ доляхъ коллабировано. Слизистая оболочка желудка безъ особыхъ измѣненій. Въ тонкихъ кишкахъ на слизистой оболочкѣ въ отдѣлѣ *ilei* встрѣчаются отдѣльныя круглой формы поверхностныя язвочки съ сѣроватымъ дномъ. Половые органы безъ измѣненій.

Микроскопическое изслѣдованіе (произведенное В. С. Дѣвицкимъ) обнаружило, что здѣсь дѣло идетъ о такъ называемой Hodgkin'овой болѣзни или злокачественной гранулемѣ Benda.

II случай. Больная, дѣвушка 20 лѣтъ, слушательница высшихъ женскихъ курсовъ, поступила въ клинику 21 августа 1909 года. Болея съ февраля того же года. Изъ условій жизни можно отмѣтить сырое помѣщеніе и неудовлетворительность питанія, такъ какъ больная послѣдніе годы пользовалась столомъ въ плохихъ кухмистерскихъ. — Родители больной пользуются хорошимъ здоровьемъ. Но дѣдъ ея, бабка и 2 тетки со стороны матери умерли отъ туберкулеза. Двоюродный братъ умеръ отъ саркомы. Родные братья и сестры здоровы. На 2-омъ году жизни больная перенесла корь; до 3-хъ лѣтъ страдала золотухой. 15-ти лѣтъ перенесла дизентерію; 19 лѣтъ (т.-е. въ маѣ 1908 года) брюшной тифъ. Съ половины ноября того же 1908 года больная временами стала ощущать познабливанія и слабость. Въ январѣ 1909 года слабость стала значительной, иногда доходящей до обморока, появилась высокая температура и небольшой кашель.

*Status praesens.* Аппетитъ по большей части плохой, сильная жажда; обложенный языкъ, тяжесть въ подложечной области послѣ пріемовъ пищи, легкая отрыжка и иногда тошнота. Со стороны кишечника въ 1-ю половину болѣзни запоръ, а потомъ, особенно 2 послѣдніе мѣсяца передъ поступленіемъ въ клинику, поносъ (иногда до 4-хъ разъ въ день). Моча соломенно-желтого цвѣта. Никакихъ ненормальныхъ составныхъ частей кромѣ небольшого количества индикана нѣтъ. Цилиндровъ и другихъ осадковъ не наблюдается. (Регулы съ 14-ти лѣтъ, ходили правильно, но сопровождались сильными болями.) Небольшой кашель со скудной мокротой. Туберкулезныхъ бациллъ не найдено. При аускультациі легкихъ временами попадаютъ нестойкіе влажные и сухіе хрипы, часто совсѣмъ исчезающіе. При перкуссіи сердца ничего ненормальнаго. При аускультациі на мѣстѣ выслушиванія аорты 2-й ея тонъ носить нѣсколько музыкальный характеръ. Пульсъ частый 120—130 въ минуту. Въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни ослабленіе сердечной дѣятельности и dilatatio cordis. Со стороны нервной системы — частая головная боль, головокруженіе и плохой сонъ. Сильные поты. Питаніе больной при поступленіи въ клинику среднее. *Составъ крови* вначалѣ: 70% гемоглоб., 4.000.000 красныхъ и 20.000 бѣлыхъ тѣлецъ. Въ теченіе долгаго пребыванія въ клиникѣ составъ крови колебался: одно время количество красныхъ тѣлецъ увеличивалось до 4.340.000, гемоглобинъ до 82%. Лейкоциты уменьшились сначала до 15.870, потомъ до 11.600. Не за долго до конца эритроциты пали до 2.100.000, гемоглобинъ до 58% и лейкоциты до 11.200. Составъ бѣлыхъ тѣлецъ былъ такой (21/х): полинуклеаровъ 82%, одноклеточныхъ 18%, эозинофиловъ 1,2%. 14-го декабря отмѣчено 84% полинуклеаровъ, 15% одноклеточныхъ, 1% эозинофиловъ. Въ декабрѣ въ крови находились очень многочисленныя ядерныя красныя клѣтки.

За все время пребыванія больной въ клиникѣ наблюдалось лихорадочное состояніе, иногда даже выше 40° (40,2°). Но никакого типичнаго теченія въ ходѣ температуры за это время подмѣтить нельзя. Больная плохо переносила высокую температуру, у ней развивались сильная слабость, головная боль, полное отсутствіе аппетита, такъ что для улучшенія ея самочувствія почти все время ей давался Ругамидон. Тѣмъ не менѣе намекъ на періодическій ходъ температуры довольно ясно замѣтенъ за августъ и сентябрь мѣсяцы. (Рис. 3) Но особенно характерно періодичность температурной кривой была выражена до поступленія больной въ клинику. Къ сожалѣнію этой кривой нельзя привести, такъ какъ она была взята родственниками больной. 2 раза больной была произведена Вассерманновская реакція; 1-й разъ 15-го сентября она выпала положительно, 2-й разъ 2-го октября результатъ ея былъ отрицательный. Чѣмъ объяснить такую разницу въ изслѣдованіи, сказать трудно, хотя нужно замѣтить, что въ промежуткѣ было сдѣлано 7 ртутныхъ втираній, что и могло, можетъ-быть, повліять на разницу въ результатахъ изслѣдованія. Въ началѣ сентября у больной обнаружены опухоли въ животѣ — сначала съ лѣвой, а потомъ и съ правой стороны. Онѣ были расположены одна за другой параллельно позвоночнику, нѣсколько въ стороны отъ него. Прощупывались на лѣвой сторонѣ въ видѣ пак-

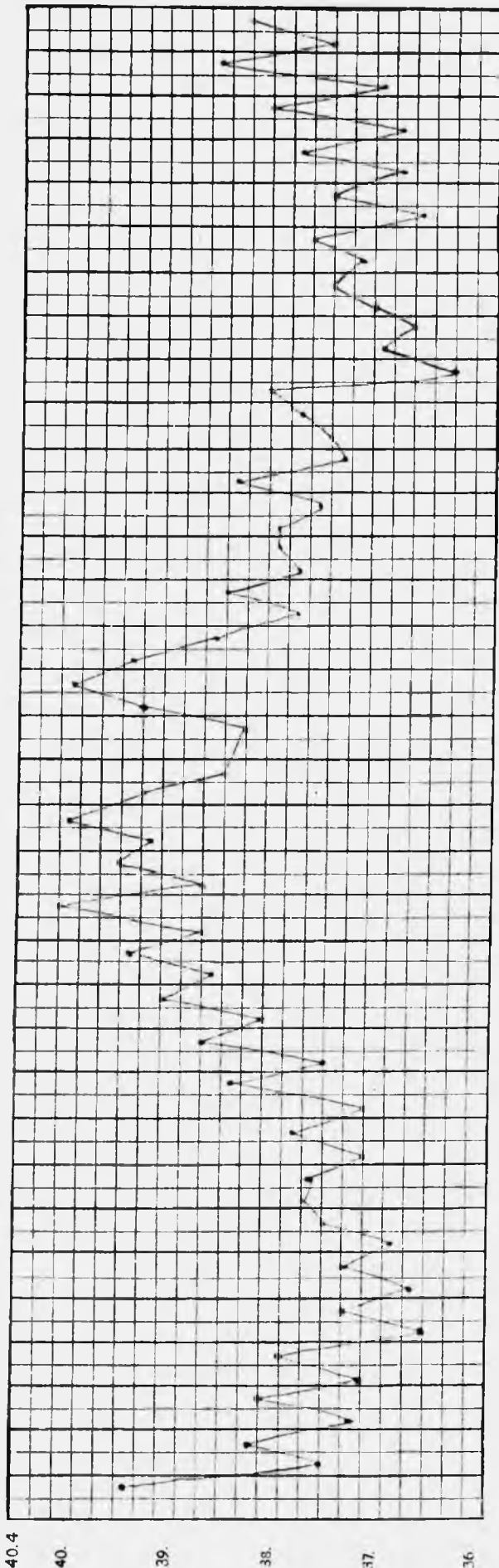


Рис. 3.

товъ величиной нѣсколько больше грѣцкаго орѣха, сравнительно мягкой консистенціи и были очень болѣзненны при изслѣдованіи; производили впечатлѣніе увеличенныхъ лимфатическихъ железъ. Все время больная жаловалась на боль въ лѣвомъ боку, наблюдалась сильная болѣзненность при изслѣдованіи верхней части живота, особенно слѣва и посрединѣ.

Упадокъ силъ больной быстро прогрессировалъ, хотя вѣсь ея падалъ и не особенно быстро: такъ за все время пребыванія въ клиникѣ она потеряла  $11\frac{1}{2}$  фунтовъ (съ 2 п.  $18\frac{1}{2}$  ф. до 2 п. 7 ф.). Поносы продолжались, кашель усилился, пульсъ сталъ очень частымъ (140 въ мин.) и малымъ. Последнее время больную, главнымъ образомъ, беспокоили боли въ животѣ, тошнота, рвота, головокруженіе и слабость. Кромѣ того, появились признаки асцита. (За нѣсколько дней до смерти въ испраженіяхъ, а затѣмъ и въ слизи изъ язва найдены были дифтеритныя бациллы). 21-го декабря больная скончалась. Продолжительность болѣзни 1 годъ и 2 мѣсяца.

*Протоколъ вскрытія.* Трупъ дѣвцы средняго сложенія и слабого питанія. Наружные покровы блѣдны. Въ области правой околоушной железы небольшая припухлость. Кости черепа тонки, малокровны; твердая мозговая оболочка гладка, влажна, блестяща, блѣдна. Мягкая оболочка прозрачна. Подъ ней значительное скопленіе прозрачной жидкости. Вещество мозга кромѣ явленій отека и слабого венознаго застоя измѣненій не представляетъ. Придатокъ мозга безъ видимыхъ измѣненій. Діафрагма справа между 4 и 5, слѣва между 5 и 6 ребрами. Въ средостѣніи рѣзко выделяются своей величиною лимфатическія железы; онѣ продолговатой формы въ видѣ американскаго орѣха, плотны на ощупь, лежатъ раздѣльно другъ отъ друга; на разрѣзахъ онѣ сѣро-бѣловатаго цвѣта, какъ бы пронизаны мелкими сѣроватыми узелками различной величины; мѣстами же въ нихъ попадаются некротическіе участки сѣровато-желтаго цвѣта съ сухой поверхностью. Рѣзко

увеличены и железы перибронхiальныя, подъ бифуркаціей трахеи. Въ нихъ аналогичныя измѣненія. Нѣкоторыя железы сливаются въ пакеты, и въ послѣднихъ отмѣчается присутствіе железокъ, болѣе мелкихъ на ошупь, а на разрѣзѣ розоватаго цвѣта. Небольшое увеличеніе лимфатическихъ железъ отмѣчается на шеѣ преимущественно съ правой стороны, а также въ подмышкахъ и пахахъ. Но эти железы не представляются такъ рѣзко измѣненными, какъ медиастинальныя, мягки, розоватаго цвѣта, а въ нѣкоторыхъ наблюдается присутствіе сѣроватыхъ узелковъ.

Правое легкое представляется уменьшеннымъ въ своемъ объемѣ и пронизаннымъ въ большомъ количествѣ узелками, довольно крупными, бѣловатаго цвѣта и обычно круглой формы. Верхняя и средняя доли спаяны, плотны на ошупь и на разрѣзѣ оказываются превращенными въ большой узелъ бѣловатаго цвѣта, частью некротизированный и имѣющій видъ суховатой желтоватаго цвѣта ткани. Въ лѣвой плевральной полости со стеканъ прозрачной жидкости желтовато-красноватаго цвѣта. Лѣвое легкое мѣстами сросшено старыми спайками съ грудной плеврой. На поверхности его въ обѣихъ доляхъ замѣчается по большому, величиною съ грѣцкій орѣхъ, бѣловатаго цвѣта узлу, которые на разрѣзѣ даютъ аналогичную картину, какъ и въ правомъ легкомъ. Кромѣ нихъ отмѣчается присутствіе мелкихъ узловъ. Сохранившаяся ткань легкаго слегка отечна, полнокровна и проходима для воздуха. Въ полости околосердiя небольшое количество прозрачной жидкости. Сердце мало и кромѣ явленій паренхиматознаго помутнѣнія мышцы измѣненій не представляетъ. Селезенка увеличена раза въ 2 и на разрѣзѣ оказывается пронизанной мелкими неправильной формы сѣро-желтоватаго цвѣта узелками, которые мѣстами выбухаютъ изъ-подъ капсулы. Печень не увеличена въ своихъ размѣрахъ. Капсула ея тонка, прозрачна. На поверхности печени разсѣяны бѣловатые мелкіе и крупные узлы, на ошупь плотной консистенціи. Подобные же узлы видны и на разрѣзѣ печени. Мѣстами поверхность ихъ суховата и слабо окрашена въ желтоватый цвѣтъ, мѣстами же они состоятъ изъ довольно сочной бѣловатой ткани. Рапсгсаз измѣненій не представляетъ. Железы около ея головки рѣзко увеличены; равнымъ образомъ увеличены и всѣ забрюшинныя железы, образующія цѣлый пакетъ слившихся, рѣзко увеличенныхъ и отчасти сросшихся съ окружающей клѣтчаткой железъ. На ошупь онѣ плотноваты, на разрѣзѣ аспиднаго цвѣта и пронизаны сѣроватыми узелками, отчасти сливающимися. Почки не увеличены. Капсула снимается легко; поверхность гладкая. На разрѣзѣ небольшая набухлость коркового слоя и вареный видъ паренхимы. Надпочечныя железы видимыхъ измѣненій не представляютъ. Щитовидная железа немного увеличена и коллоидна.

Желудочно кишечный каналъ измѣненій не представляетъ за исключеніемъ блѣдности слизистой оболочки. Тонкія кишки въ спавшемся состояніи, пусты. Толстыя кишки вздуты. Мочевой пузырь измѣненій не представляетъ; яичники нормальны. Въ правой трубѣ около входа въ матку ограниченный, обызвествленный, аспидно-пегментированный въ окружности маленькій узелъ. Слизистая оболочка матки блѣдна. Правая околушная железа въ состояніи гнойнаго расплавленія. Костный мозгъ діафиза бедра красноватаго цвѣта.

Микроскопическое изслѣдованіе показываетъ типичную картину лимфогранулематоза.

Діагнозъ болѣзни Hodgkin'a въ нашихъ случаяхъ былъ поставленъ на основаніи данныхъ вскрытія и патолого-гистологическаго изслѣдованія железъ. Сравнивая наши исторіи болѣзни съ набросаннымъ мной ходомъ лимфогранулематоза, нужно прежде всего отмѣтить сходство результатовъ изслѣдованія крови съ данными выше указаніями. Дѣйствительно и въ нашихъ случаяхъ, особенно во второмъ, наблюдается небольшой лейкоцитозъ (въ 1-мъ 8.100, во 2-мъ до 20.000), при чемъ ясно замѣтно преобладаніе полинуклеаровъ, во 2-мъ случаѣ до 82% и отсутствіе характернаго для настоящей псевдолейкеміи

увеличенія лимфоцитовъ. Міелоцитовъ и базофильной зернистости красныхъ клѣтокъ въ нашихъ случаяхъ не было. Первый случай представляетъ по развитію опухолей болѣе обычный ходъ, такъ какъ въ этомъ случаѣ было пораженіе лимфатическихъ железъ почти во всѣхъ областяхъ. Второй же случай напоминаетъ случаи, описанные Dietrich' омъ, Ивановымъ и можетъ быть Чистовичемъ, такъ какъ въ немъ выступало на 1-й планъ пораженіе брюшныхъ железъ. Въ томъ и другомъ случаѣ замѣчательно сходство субъективныхъ симптомовъ, вызванныхъ развитіемъ опухолей и давленіемъ на нервныя сплетенія и стволы: сильныя боли въ лѣвомъ боку, постоянная рѣзкая болѣзненность въ верхней части живота. Fabian также указываетъ въ своемъ случаѣ на очень сильную боль въ области желудка. Селезенка рѣзко увеличенная въ первомъ случаѣ, во 2-мъ не прощупывалась и увеличеніе ея клинически опредѣлялось лишь перкуссіей. Ходъ температуры совершенно неправильный въ 1-мъ случаѣ, во 2-мъ останавливался наше вниманіе своей періодичностью. Но какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ данныя клиническаго изслѣдованія были недостаточны для постановки точнаго, такъ сказать анатомическаго діагноза, почему въ 1-мъ случаѣ прижизненная діагностика была *Lymphoma malignum*. Толкованіе 2-го случая было еще болѣе затруднительно, такъ какъ отсутствіе яснаго увеличенія селезенки и развитіе опухолей только со стороны брюшныхъ железъ затрудняло его пониманіе. Хотя діагностика лимфогранулематоза представлялась намъ одно время очень соблазнительной, но ввиду недостаточности доказательныхъ данныхъ, мы не рѣшились остановиться на ней.

*Dietrich.* Deutsche Medizin. Wochenschr. 1903 г.

*Ebstein.* Berl. Klin. Wochenschr. 1887.

*Fabian.* Zur Kenntniss des malignen Granulomus Arch. f. kl. Chnir. 1909. Bd. 91.

*Falkenheim.* Z. F. kl. M. Bd. 55.

*Gütig.* Berl. Klin. Wochen. 1904.

*Hampeln* Z.F. Kl. Med. Bd. 14, цитировано по Pincus Pseudoleukämie Nothnagel's Handbuch.

*Hirschfeld und Isaak* Medicinische Klinik № 52. 1907.

*Hitschmann u. Stross* D. M. W. 1903.

*Lehndorff.* Jahrsb. f. Kinderheilkunde 1908.

*Von der Scheer.* Цитировано по Pincus. Notnagel's Handbuch.

*Schur.* Wiener Kl. W. 1903.

*Sternberg.* Zeitsch. f. Heilkunde. Bd. 19. 1898.

*Warnecke.* Grenzgebiet. d. Med. u. Chir. B. 14. 1905.

*Yamassaki.* Zeitschrift. f. Heilk. 1904. Bd. 25.

## Случай острой лейкеміи съ лейкопеніей.

21 апрѣля 1909 г., больной Б., обратился въ клинику, жалуясь на общую слабость, головную боль и носовыя кровотеченія. Его исторія болѣзни вкратцѣ сводится къ слѣдующему:

Больному 19 лѣтъ; онъ холостъ, служитъ приказчикомъ; столъ имѣетъ хорошій, сытный, спиртными напитками не злоупотребляетъ, не курить. Жилое помещеніе сухое, теплое; работаетъ 10—12 часовъ въ сутки, но не очень утомляется. Ночной отдыхъ достаточный. Слѣдуетъ отмѣтить *abusus in venere*.

Больной происходитъ изъ здоровой семьи. Никакихъ указаній на *lues tbc.* и злокачественныя новообразованія у кого-либо изъ его родственниковъ не имѣется. Отецъ больного умеръ 55 л. отъ апоплексіи—всегда былъ крѣпкимъ, здоровымъ мужчиной. Матери сейчасъ 55 л.,—женщина вполне здоровая. Изъ 10 человѣкъ сестеръ и братьевъ больного двое умерло въ раннемъ дѣтствѣ, а остальные—все люди хорошаго здоровья. Да и нашъ больной вплоть до настоящаго заболѣванія ничѣмъ не хворалъ, если не считать кори на 6-мъ году, да легкихъ простудъ.

Настоящее заболѣваніе началось 24 марта 1909 г. съ ангины. Больной почувствовалъ боль и затрудненіе при глотаніи, появилась краснота, а вскорѣ и налеты на обѣихъ миндалинахъ. Съ 3 апрѣля ко всему этому присоединилась общая слабость, головная боль, ознобъ и жаръ. По совѣту пользовавшаго врача онъ сначала лежалъ дома, гдѣ  $t^0$  колебалась между  $38^0$  и  $39^0$ , и принималъ фенацетинъ, отъ котораго сильно потѣлъ. 14 апрѣля впервые появилось носовое кровотеченіе, которое стало повторяться почти ежедневно. Несмотря на это, больной всталъ на работу 17 апрѣля, но въ виду общей слабости и высокой  $t^0$  ( $38,8^0$  и  $39^0$ ) могъ перемогаться только нѣсколько дней, а 21 апрѣля, когда всѣ явленія стали интенсивнѣе, онъ рѣшилъ лечь въ клинику.

*Status praesens*, собранный въ день поступленія: больной хорошаго сложенія, но блѣдный, съ особымъ желтоватымъ „септическимъ“ оттѣнкомъ лица. Слизистыя оболочки также блѣдны. Десны разрыхленны, гиперемированны и кровоточатъ самостоятельно. Языкъ обложенъ, сухъ. Рѣзкій *foetor ex ore*. На боль при глотаніи не жалуется. Миндалины увеличены и гиперемированы. Аппетитъ плохой, сильная жажда. На диспептическія явленія не жалуется. Стулъ задержанъ. Животъ немного вздутъ. Печень и селезенка слегка увеличены, выстоять пальца на полтора изъ-подъ реберъ, не чувствительны. Мочится свободно. Моча прозрачна, насыщеннаго цвѣта, уд. в. 1.018, бѣлка, сахара и желчныхъ пигментовъ не содержитъ; индикантъ не рѣзко выраженъ и очень рѣзкая реакція на уробилинъ. Діазореакція не получается. Въ осадкѣ ураты и клѣтки плоскаго эпителія въ небольшомъ количествѣ. (*Lues* и бленнорею больной отрицаетъ.) Со стороны органовъ дыханія—все въ предѣлахъ нормы. На сердцебиеніе не жалуется. Болей въ области сердца также нѣтъ. По перкуссіи правая граница сердца на срединѣ грудины; лѣвая—на сосковой линіи и тутъ же прощупывается ясный толчокъ. У верхушки систолическій шумъ, мѣняющійся въ своей интенсивности при перемѣнѣ положенія больного. Пульсъ 100 ритмичный, но слабого наполненія. Отековъ нѣтъ. Спитъ плохо—отъ сильнаго жара. Со



стороны нервной системы особыхъ уклоненій отъ нормы нѣтъ. Мышцы, суставы и кости не болѣзненны. На кожѣ, особенно нижнихъ конечностей немного кровоподтековъ величиной въ пятнадцатикопѣечную монету. Лимфатическія железы не увеличены. Периодическія кровотеченія изъ носа. Температура при поступленіи  $39,8^{\circ}$ . Анализъ крови: эритроцитовъ 1.780.000, лейкоцитовъ 3.270, изъ нихъ  $56\%$  большихъ лимфоцитовъ,  $24\%$  малыхъ лимфоцитовъ,  $8\%$  эозинофиловъ и только  $12\%$  многоядерныхъ и переходныхъ. Гемоглобина по Говерсу  $30\%$ . Не рѣзкій пойкилоцитозъ. Реакція Widal'a съ брюшнотифозной палочкой дала отрицательный результатъ въ разведеніи 1:100, 1:50 и 1:25.

Больной поступилъ въ клинику на 19-й день болѣзни. Дальнѣйшее теченіе болѣзни видно изъ дневника (привожу въ сокращеніи):

22 апрѣля,  $t^{\circ} 39,1^{\circ}$ — $40,2^{\circ}$ . Сильное носовое кровотеченіе, потребовавшее тампонаціи. Самочувствіе плохое. Ночь не спалъ. Полное отсутствіе аппетита.

23 апрѣля,  $t^{\circ} 39^{\circ}$ — $39,7^{\circ}$ . Кровотеченіе носомъ продолжается. Тампонація обѣихъ ноздрей. Ночью бредъ. Послѣ клизмы скудно прослабило. Пульсъ 110'.

24 апрѣля,  $t^{\circ} 38,9^{\circ}$ — $38,9^{\circ}$ . Сильное кровотеченіе носомъ. Сдѣлана задняя тампонація. Рѣзкая слабость.

25 апрѣля. Несмотря на постоянную тампонацію, кровотеченіе не прекращается. Назначена внутрь желатина (20,0 pro die). Послабленіе послѣ клизмы. Пульсъ 110', слабый. Вливаніе физиологическаго раствора подъ кожу 500,0,  $t^{\circ} 39^{\circ}$ — $39,8^{\circ}$ .

26 апрѣля. Кровотеченіе прекратилось. Границы сердца нѣсколько расширились. Шумъ у верхушки сталъ рѣзче. При постукиваніи болѣзненно sternum. Изъ вены локтевого сгиба, послѣ тщательнаго обеззараживанія кожи, взято около 5 куб. ст. крови и засѣяно на 6 трубочкахъ бульона и 5 трубочкахъ агара,  $t^{\circ} 39^{\circ}$ — $40^{\circ}$ .

27 апрѣля,  $t^{\circ} 39,9^{\circ}$ — $39,1^{\circ}$ . Чувствуетъ себя плохо. Въ мочѣ  $0,09\%$  бѣлка, много уробилина. Во всѣхъ 11 трубочкахъ съ засѣянной кровью выросъ одинаковый по виду коккъ, который въ дальнѣйшемъ былъ опредѣленъ проведеніемъ черезъ различныя питательныя среды и оказался тождественнымъ съ *Staphylococcus pyogenes albus*. Введенный въ брюшную полость морской свинки, этотъ коккъ вызвалъ смертельный перитонитъ. На агарѣ, куда кровь была накапана только единичными каплями, не сливающимися между собой, ростъ кокка находился только въ предѣлахъ этихъ капель.

28 апрѣля,  $t^{\circ} 39,9^{\circ}$ — $40^{\circ}$ . Слабитъ жидко. Носовое кровотеченіе прекратилось. Жалуется на слабость. Въ вену влито 600,0 физиологическаго раствора.

29 апрѣля,  $t^{\circ} 39,4^{\circ}$ — $40^{\circ}$ . Послѣ внутривеннаго вливанія былъ рѣзкій знобъ. Слабило 2 раза жидко. При изслѣдованіи горла обнаружена язва съ правой стороны около черпаловиднаго хряща.

30 апрѣля,  $t^{\circ} 40,3^{\circ}$ — $40,7^{\circ}$ . Состояніе плохое. Анализъ крови: Эритроцитовъ 1.090.000. Пойкилоцитозъ нѣсколько меньше. Гемоглобина  $18\%$  по Говерсу. Лейкоцитовъ 3.320. Многоядерныхъ и переходныхъ  $18\%$ . Эозинофиловъ  $6\%$ , большихъ лимфоцитовъ  $48\%$ , малыхъ лимфоцитовъ  $26\%$  и  $2\%$  міелоцитовъ. Влито подъ кожу 600,0 физиологическаго раствора. Пульсъ 116', очень плохой.

1 мая,  $t^{\circ} 40^{\circ}$ — $39,8^{\circ}$ . Поносъ попрежнему — въ испражненіяхъ кровь. Появилось еще нѣсколько синеватыхъ пятенъ величиной съ серебряный пяточокъ на обоихъ бедрахъ. Въ мочѣ  $0,1\%$  бѣлка и много уробилина.

2 мая,  $t^{\circ} 39,1^{\circ}$ — $40,7^{\circ}$ . Пульсъ 120', очень слабый. Рвота, бредъ, безсознательное состояніе. Вливаніе подъ кожу 600,0 физиологическаго раствора. Анализъ крови: гемоглобина  $18\%$ , эритроцитовъ 1.060.000, бѣлыхъ кр. тѣлецъ 2.800, эозинофиловъ  $5\%$ , полинуклеаровъ и переходныхъ  $12\%$ , большихъ лимфоцитовъ  $50\%$ , малыхъ лимфоцитовъ  $28\%$ , міелоцитовъ  $3\%$ . Много Тюрковскихъ клѣтокъ.

3 мая,  $t^{\circ} 39^{\circ}$ — $39,6^{\circ}$ . Менингеальные симптомы. Сдѣлана люмбальная пункция. Выпущено 15,0 совершенно прозрачной жидкости, при посѣвѣ оказавшейся стерильной. (Давленіе было повышенное.)

4 мая,  $t^{\circ} 39^{\circ}$ — $39,7^{\circ}$ . Пульсъ 140', едва нащупывается. Безсознательное состояніе. Судороги. Мочится и испражняется подъ себя. Въ испражненіяхъ кровь; въ мочѣ  $0,15\%$



бѣлка и единичные гліаиновые цилиндры. Анализъ крови: лейкоцитовъ 2.110, полинуклеаровъ и переходныхъ 9%, эозинофиловъ 6%, большихъ лимфоцитовъ 50%, малыхъ лимфоцитовъ 32%, міелоцитовъ 3%. Много Тюрковскихъ клѣтокъ. Единичные ядросодержащіе эритроциты. Нб. 21%, кр. кр. тѣлецъ 1.400.000.

5 мая. Exitus при явленіяхъ упадка сердечной дѣятельности и менингеальныхъ явленіяхъ.

Лѣченіе по вполне понятнымъ причинамъ — симптоматическое, сводилось къ ежедневнымъ впрыскиваніямъ кофеина и вливаніямъ фізіологическаго раствора для поднятія сердечной дѣятельности. Противъ упорныхъ кровотеченій хорошіе результаты дали внутренніе пріемы желатины.

Вопросъ о прижизненномъ діагнозѣ даннаго случая, въ виду характерныхъ измѣненій крови — съ одной стороны, и находенія въ ней *staphylococcus pyogenes albus* — съ другой, — сводится къ предположенію о возможномъ осложненіи острой лейкеміи сепсисомъ. При секціи, произведенной В. С. Дѣвицкимъ, поставленъ слѣдующій діагнозъ: *Amygdalitis. Exulceratio parietis posterioris pharyngis. Epiglottitis dyphteritica. Ulcus laryngis apud cartilaginem arytenoideum dextr. Ecchymoses subpleurales et sub-endo-pericardiales. Haemorrhagia punctata hepatis. Oedema pulmonum. Degeneratio parenchymatosa myocardii. Hyperplasia pulpaе lienis. Nephritis chr. Catarrhus ventriculi chron. Hyperplasia rubra medullae osseae. Leucaemia acuta myelogenica. Oedema cerebri magni et meningei.*

При микроскопическомъ изслѣдованіи въ лимфатическихъ железахъ обнаружены метастазы костно-мозговыхъ клѣтокъ.

Каждый случай острой лейкеміи въ виду значительной рѣдкости этого заболѣванія представляетъ большой интересъ какъ съ точки зрѣнія клиники, такъ и со стороны патогенеза этого еще недостаточно изученнаго заболѣванія. Данный же случай кромѣ того представляется интереснымъ по нѣкоторымъ своимъ особенностямъ, изъ которыхъ на первый планъ слѣдуетъ поставить прижизненное находеніе въ крови *staphylococcus pyogenes albus*'а. Дѣло въ томъ, что вскрытіе не дало указаній на протекшій сепсисъ, такъ что находеніе стафилококка въ крови приходится связать съ этиологіей даннаго заболѣванія.

Вопросъ о септическихъ заболѣваніяхъ и острой лейкеміи, усиленно дебатировавшійся за послѣднее время, рѣшается, по мнѣнію Lenhartz'a, Moorhead <sup>1)</sup> и др., въ пользу ихъ близкаго сходства, такъ сказать, родственности этихъ процессовъ. И дѣйствительно въ литературѣ накопилось нѣсколько наблюденій, гдѣ при прижизненныхъ измѣненіяхъ крови, свойственныхъ лейкеміи, при секціи находили только измѣненія характерныя для сепсиса, — и наоборотъ, — въ случаяхъ, гдѣ діагнозъ острой лейкеміи ставился на секціи, въ крови при жизни

---

<sup>1)</sup> Lenhartz. Die septisch. Erkrank. 1903 г. Moorhead Brit. Med. Journ. 1904 г. № 2280.

находили возбудителей сепсиса стафилококковъ и стрептококковъ. Авторы, описавшіе это, считали таковую находку за явленія вторичной инфекции.

Впервые острая лейкемія была описана въ 1857 году Friedreich'омъ и, хотя съ того времени прошло болѣе чѣмъ полъ вѣка, вопросъ объ ея этиологіи остается по прежнему темнымъ, не смотря на попытки экспериментальнымъ путемъ подойти къ его разрѣшенію

Pawlowsky <sup>1)</sup>, Holst <sup>2)</sup> и Jousset <sup>3)</sup> описывали „специфическихъ“ возбудителей лейкеміи, — но ихъ наблюденія не являются общепризнанными, такъ какъ никѣмъ не были подтверждены.

Вопросъ объ этиологіи лейкеміи вообще до сихъ поръ служить предметомъ горячихъ споровъ и многочисленныхъ экспериментовъ, но еще не имѣетъ опредѣленнаго вывода.

Löwit первый высказался за паразитарное происхожденіе лейкеміи, — но эта теорія оставлена, такъ какъ описанныя имъ *haematocoeba leucaemiae magna et parva* оказались по изслѣдованіямъ Türk <sup>4)</sup>, Bloch, Michaelis <sup>5)</sup> и Allaria только измѣненіемъ Mastzellgranul'i.

Babes, Banti, Ribbert и др. считаютъ лейкемію за проявленіе саркоматоза. Въ подтвержденіе этому Engel приводитъ, между прочемъ, и то обстоятельство, что измѣненія крови при лейкеміи напоминаютъ собой кровь эмбрионовъ, а эмбриональное состояніе клѣтокъ многими считается очень типичнымъ для клѣтокъ опухолей.

О возможности токсического происхожденія лейкеміи говорятъ изслѣдованія Reckzeh; впрыскиваніемъ пиридина, толуйлендіамина онъ вызывалъ измѣненія крови, сходныя съ лейкемическими. White и Proescher находили въ крови лейкемиковъ спирохеттъ.

Ellermann и Bang экспериментально вызывали лейкемію у куръ и пришли къ тому заключенію, что лейкемія несомнѣнно инфекціонная болѣзнь и вызывается микроорганизмомъ весьма малыхъ размѣровъ (проходящимъ сквозь фильтръ Chamberlend'a), но пока еще не открытымъ.

За послѣднее время Розенталь опубликовалъ о нахожденіи туберкулезныхъ палочекъ въ печени курицы съ рѣзкимъ лейкемическимъ составомъ крови. Впрыскивая экстрактъ органовъ этой курицы другимъ, онъ могъ вызвать также и у нихъ лейкемическій составъ крови, а въ органахъ были найдены туберкулезныя палочки. Авторъ воздерживается отъ общихъ выводовъ.

Сообщенія Cabot и Образцова говорятъ за заразительность лейкеміи.

---

<sup>1)</sup> Pawlowsky, D. M. W. 1902. № 28.

<sup>2)</sup> Holst. Norsk., mag. f. Laegend. № 9. 1904 г.

<sup>3)</sup> Jousset. Arch. de med. exp. et d'anat. pathol. 1905 г. Bd. 17.

<sup>4)</sup> Michaelis Zeit. f. kl. Med. 1902. Bd. 45.

<sup>5)</sup> Türk., W., kl. W. № 6. 1907.

Многіе авторы высказывали предположеніе, что лейкемія вызывается туберкулезными палочками.

Вообще теоріи инфекціоннаго происхожденія лейкеміи, по крайней мѣрѣ острой, придерживаются въ настоящее время большинство ученыхъ и врачей, при чемъ одни считаютъ, что лейкемію могутъ вызвать всякаго рода инфекціи, оказавшія то или другое вредное дѣйствіе на кроветворные органы, а другіе желаютъ видѣть строго специфическую натуру этого страданія — особаго возбудителя. Да и сама картина болѣзни, по клиническимъ наблюденіямъ, тоже говоритъ за инфекціонное происхожденіе острыхъ лейкемій. Красной нитью во всѣхъ исторіяхъ болѣзней проходитъ то обстоятельство, что острая лейкемія начинается внезапно, среди полного здоровья, поражаетъ одинаково мужчинъ и женщинъ безъ различія возраста, течетъ бурно, при высокой температурѣ, очень часто сопровождается бредомъ, кровотеченіемъ изъ различныхъ органовъ, и своимъ теченіемъ можетъ симулировать различныя остро-инфекціонныя заболѣванія. Такъ Goldschmidt наблюдалъ случай острой лейкеміи, протекшей при типичной картинѣ брюшнаго тифа. Asuna <sup>1)</sup> наблюдалъ 3 случая острой лейкеміи у дѣтей при картинѣ острой инфекціи, сопровождавшейся рвотой, кровотеченіемъ изъ носа, рта и слизистыхъ оболочекъ и съ гангренозными фокусами. Brandenburg видѣлъ 3 случая острой лейкеміи при типичной картинѣ Werlhof'овой болѣзни. Подобный случай описалъ еще Ostwald.

Обращаясь къ нашему больному, мы можемъ съ положительностью сказать, что онъ вплоть до заболѣванія ангиной былъ вполне здоровъ. (По условіямъ своей жизни онъ, можно сказать, былъ постоянно подъ наблюденіемъ врача.) Лейкемія, которой предшествовала ангина, была первой и послѣдней его болѣзнью.

Для клинициста эта непосредственная связь ангины съ острой лейкеміей представляется чрезвычайно рельефной. Вѣдь большинство ангинъ вызывается стафило- или стрептококками, такъ что нахожденіе въ крови стафилококка, при наличности еще не стихнувшаго процесса въ глоткѣ, съ положительностью говоритъ за идентичность этиологическаго момента этихъ двухъ заболѣваній, тѣмъ болѣе, что условія для проникновенія изъ горла въ кровь стафилококка въ данномъ случаѣ — были особенно благопріятны: язва въ горлѣ вѣроятно сыграла роль входныхъ воротъ. Съ другой стороны, образованіе язвы указываетъ на чрезвычайную вирулентность возбудителя ангины, каковую онъ и не утратилъ при переходѣ въ кровь.

То обстоятельство, что ангина непосредственно смѣнилась лейкеміей, даетъ возможность предполагать, что стафилококкъ, попавшій въ кровь черезъ миндалины или язву въ глоткѣ, могъ быть въ данномъ случаѣ возбудителемъ лейкеміи. Проникновеніе того или другого ми-

---

<sup>1)</sup> Asuna Amer. Journ. of. Med. S. 1906. S. 508 и 1002.

крооорганизма въ кровь послѣ ангины наблюдается чрезвычайно часто при перикардитахъ, эндокардитахъ и полиартритахъ, которымъ предшествовала жаба. И въ данномъ случаѣ стафилококкъ, попавъ въ кровь, могъ сосредоточиться главнымъ образомъ въ костномъ мозгу и вызвать явленія острой міелогенной лейкеміи <sup>1)</sup>. Я позволяю себѣ высказать столь смѣлое предположеніе на основаніи того, что нахожденіе стафилококка въ крови не могло быть безразличнымъ для организма, а обыкновенно свойственныхъ этому микроорганизму измѣненій сепсиса на секціи не было найдено, поэтому логичнымъ является связать измѣненія крови и костнаго мозга съ присутствіемъ въ организмѣ стафилококка, тѣмъ болѣе, что это наблюденіе не является единственнымъ.

Такъ Lavenson <sup>2)</sup> въ мезентеріальныхъ железахъ больной съ лейкеміей нашелъ *b. Loefler'a*. Ziegler и Jochmann <sup>3)</sup> нашли въ случаѣ лейкеміи, съ 240.000 лейкоцитами при 65% міелоцитовъ, въ крови бѣлаго стафилококка. Этотъ случай авторы считаютъ осложненнымъ вторичной инфекціей, вызвавшей перикардитъ, въ содержимомъ перикардія на ряду съ міелоцитами были найдены бѣлый стафилококкъ и стрептококкъ. Секція дала указаніе на медуллярную лейкемію. Nägeli въ хроническомъ случаѣ лейкеміи нашелъ стрептококка.

Hansemann наблюдалъ случай острой лейкеміи съ тифозными язвами въ кишкахъ и съ *b. typhi abd.* въ испражненіяхъ, железахъ и селезенкѣ.

Jousset нашелъ при острой лейкеміи стафилококка, Krehl <sup>4)</sup>—стрептококка, Holst—стафилококка, Flesch—стрептококка, Erb—стрептококка, Eppenstein <sup>5)</sup>—стрептококка въ крови и во всѣхъ органахъ. Holst—въ одномъ изъ 3 случаевъ острой лейкеміи нашелъ стрептококка въ костномъ мозгу. И во всѣхъ этихъ случаяхъ секція не дала никакихъ указаній на сепсисъ.

Совершенно особнякомъ стоятъ наблюденія Rappenheim'a <sup>6)</sup> и Auer'a.

Первый описалъ своеобразнаго паразита изъ класса простѣйшихъ, поселяющагося въ лейкоцитахъ, нахожденіе котораго еще никѣмъ не было подтверждено. Точно такъ же и описанный Аугер'омъ паразитъ, сходный съ таковымъ при тропической спленомагалии, никѣмъ другимъ не былъ найденъ въ крови лейкемиковъ.

И хотя вопросъ объ этиологіи острой лейкеміи остается открытымъ до экспериментальнаго разрѣшенія его, но все-таки, думается,

---

<sup>1)</sup> Holst находилъ при лейкеміи въ костномъ мозгу стрептококка.

<sup>2)</sup> Lavenson. Journ. of. Amer. № 20, 1908 г.

<sup>3)</sup> Ziegler und Jochmann. D. M. W. № 19, 1907 г.

<sup>4)</sup> Krehl. Aert. Verein in Strasb. 1907 г.

<sup>5)</sup> Eppenstein. D. M. W. 1907 г. № 48.

<sup>6)</sup> Rappenheim B. kl. W. 1908 г. № 2.

весьма желательно дальнѣйшее наблюденіе надъ бактериологическими находками въ крови у больныхъ острой лейкеміей.

Но въ виду сравнительной рѣдкости острыхъ лейкемій произвести значительное количество наблюденій одному лицу представляется невозможнымъ, такъ что для этого потребуется коллективная работа, которая несомнѣнно подвинетъ вопросъ объ этиологіи острой лейкеміи впередъ по пути къ его разрѣшенію.

Интересъ данного случая этимъ еще не исчерпанъ; измѣненія форменныхъ элементовъ крови, найденныя здѣсь, представляются далеко не заурядными.

По ученію Вирхова для діагносцированія лейкеміи достаточно только количественнаго измѣненія лейкоцитовъ, такъ чтобы отношеніе ихъ къ эритроцитамъ равнялась 1:50.

Позднѣ Эрлихъ выдвинулъ другой критерій: это измѣненіе самихъ лейкоцитовъ, ихъ качественное измѣненіе, нарушеніе пропорціональнаго соотношенія различныхъ ихъ видовъ, при чемъ увеличеніе числа лейкоцитовъ за счетъ только полинуклеаровъ должно быть строго отграничено отъ понятія о лейкеміи, какъ явленіе компенсаторнаго лейкоцитоза, постоянно наблюдаемое при инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, хотя бы количество многоядерныхъ лейкоцитовъ достигало очень большихъ цифръ.

Такъ, на примѣръ, намъ въ клиникѣ приходилось наблюдать случай плеуропнеумоніи, вызванной Френкелевскимъ диплококкомъ съ 52.000 лейкоцитовъ. Gravitz описалъ случай сепсиса съ 300.000 бѣлыхъ тѣлецъ. Однако это чрезмѣрное увеличеніе лейкоцитовъ—гиперлейкоцитозъ—въ отличіе отъ лейкеміи держится недолго и исчезаетъ съ разрѣшеніемъ основного процесса.

Въ свою очередь это коллосальное увеличеніе лейкоцитовъ можетъ служить новымъ доказательствомъ близости септическихъ процессовъ съ острой лейкеміей. Въ этомъ отношеніи характерно сообщеніе Vagtedes, нашедшаго при сепсисѣ увеличеніе лейкоцитовъ за счетъ малыхъ лимфоцитовъ—явленіе несомнѣнно лейкемическаго характера. Кромѣ того Türk описалъ 2 случая несомнѣннаго сепсиса при явленіяхъ лейкеміи. Flesch <sup>1)</sup> при піэміи находилъ въ крови стрептококка при измѣненіяхъ, характерныхъ для лейкеміи. На секціи піэмія—безъ лейкеміи.

Большинство описанныхъ до сихъ поръ случаевъ лейкеміи характеризовалось прежде всего увеличеніемъ числа лейкоцитовъ за счетъ малыхъ лимфоцитовъ.

Въ нашемъ случаѣ какъ разъ наоборотъ,—значительное уменьшеніе лейкоцитовъ—лейкопенія. II казалось бы, что это обстоятельство противорѣчитъ понятію о лейкеміи, гдѣ прежде всего, по ученію Вирхова, должно быть увеличеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ;

<sup>1)</sup> Flesch D. M. W. 1907 г., № 27.

но, руководствуясь критерієм Эрлиха, можно показать въ данномъ случаѣ качественное измѣненіе лейкоцитовъ: 1) ненормальное соотношеніе отдѣльныхъ ихъ видовъ, съ преобладаніемъ большихъ лимфоцитовъ и 2) присутствіе въ крови міелоцитовъ. Согласно ученію Эрлиха эти вышеупомянутыя измѣненія крови характерны для лейкеміи. Подобные случаи, представляющіе большую рѣдкость, описаны за послѣднее время въ нѣмецкой литературѣ Lavenson'омъ, Ewald'омъ<sup>1)</sup> и Wolff'омъ<sup>2)</sup> — въ русской литературѣ, насколько извѣстно, подобный случай описывается впервые.

Сравнительно не часто, приблизительно въ 12% описанныхъ случаевъ, встрѣчается увеличеніе количества лейкоцитовъ на счетъ большихъ лимфоцитовъ (Wolff, Türk, Fabion, Müller, Erpenstein). (По мнѣнію Sternberg'a это-то и указываетъ на тождественность лейкеміи съ саркоматозомъ.) Что касается появленія міелоцитовъ, то это указываетъ на глубокое пораженіе кроветворенія и усиленный спросъ организмомъ защитительнаго элемента (что міелоциты могутъ исполнять функціи лейкоцитовъ видно, между прочимъ, изъ опыта Gravit'a, который, вызывая терпентинный абсцессъ у лейкемиковъ, находилъ въ гною на ряду съ полинуклеарами и міелоцитовъ). Появленіе сравнительно очень малаго количества міелоцитовъ (2—3%) вмѣстѣ съ лейкопеніей указываетъ, конечно, на то, что процессы кроветворенія были подавлены вирулентностью токсина возбудителя (стафилококка) и костный мозгъ отвѣчалъ только вялой реакціей возрожденія лейкоцитовъ<sup>3)</sup>.

Большинство авторовъ считаютъ міелоцитовъ за молодыхъ лейкоцитовъ — неотрофильныхъ. Lazarus и Fleischmann наблюдали однако переходныя формы между міелоцитами и большими лимфоцитами<sup>4)</sup>, но детально этотъ вопросъ еще не изученъ и переходъ однихъ видовъ лейкоцитовъ въ другой многими авторами оспаривается.

Суммируя вышеизложенное, слѣдуетъ признать на основаніи литературныхъ данныхъ, что острая лейкемія есть несомнѣнно инфекціонная болѣзнь, возбудитель которой вѣроятно тождествененъ съ возбудителями сепсиса — стафило-стрепто-кокками.

Данный случай особенно убѣдительно говоритъ въ пользу выше-сказанныхъ положеній.

---

1) Ewald B. kl. W. 1906 г., № 26.

2) Wolff B. kl. W. 1904 г., № 49.

3) Экспериментально доказано, что лейкоцитозъ идетъ параллельно со степенью вирулентности микроорганизмовъ: чѣмъ меньше вирулентность, тѣмъ выше лейкоцитозъ; смертельное зараженіе обыкновенно протекаетъ безъ лейкоцитоза.

4) На основаніи собственныхъ препаратовъ я могу присоединиться къ этому заявленію.

### Привычный вывихъ плеча.

Привычный вывихъ плеча далеко не рѣдкое заболѣваніе, но вопросъ о его лѣченіи представляетъ еще незаконченную главу хирургіи, и литература по этому вопросу, особенно русская, не многочисленна. Между тѣмъ, часто повторяясь, вывихи дѣлаютъ положеніе больного настолько тяжелымъ, что еще недавно хирурги прибѣгали иногда къ такимъ радикальнымъ операціямъ, какъ резекція и артродезъ. Въ настоящее время предложенъ рядъ другихъ операцій, гораздо болѣе выгодныхъ въ смыслѣ сохраненія функціи сустава. Однако общепризнаннаго взгляда, какъ на анатомическія причины, обусловливающія привычный вывихъ, такъ и на способъ оперативнаго лѣченія въ настоящее время еще нѣтъ. Какія же анатомическія измѣненія въ суставѣ обусловливаютъ привычный вывихъ? Хотя привычный вывихъ плеча извѣстенъ былъ еще Гиппократу, но только хирурги XIX столѣтія стали задаваться вопросомъ о причинахъ, вызывающихъ такой вывихъ.

Воззрѣнія старыхъ авторовъ основывались на чисто теоретическихъ соображеніяхъ и только, начиная съ Jossel'я (1880 г.), они вступили на правильный путь, — путь анатомическихъ изслѣдованій. Изъ старыхъ теорій слѣдуетъ упомянуть о слѣдующихъ:

Roser (1842 г.) причиной привычнаго вывиха считалъ увеличеніе отверстія, ведущаго изъ полости сустава въ bursa subscapularis.

Malgaigne полагалъ, что послѣ перваго вывиха, вызвавшаго разрывъ капсулы, закрытія этого разрыва иногда не происходитъ, т.-е. края рубцуются каждый въ отдѣльности. Сущестующая такимъ образомъ щель въ суставной сумкѣ благопріятствуетъ повторенію вывиха.

Henke <sup>1)</sup> (1863 г.), основываясь на теоріи бр. Weber'овъ о герметичности суставовъ, рассуждалъ слѣдующимъ образомъ: головка можетъ удерживаться въ суставной впадинѣ благодаря одному только атмосферному давленію (Магдебургскія полушарія). Между сочленяющимися головкой и суставной впадиной существуетъ все-таки неболь-

---

<sup>1)</sup> По Löbker'y. Arch. f. klin. Chir. 1886 г. В. 34. Н. 3.

шая полость въ формѣ щели, но нормально капсула не настолько тонка и подвижна, чтобы благодаря атмосферному давленію быть втянутой въ эту щель. Если какой-нибудь участокъ капсулы, соприкасающійся съ этой щелью, становится настолько ненормально подвижнымъ, тонкимъ, что благодаря разницѣ атмосфернаго давленія втягивается въ эту щель, то тогда головка можетъ свободно отходить отъ впадины, не нарушая герметичности сустава и не вызывая за собой пустоты.

Эти теоріи, повторяемъ, основывались на чисто теоретическихъ соображеніяхъ, не подтвержденныхъ анатомическими изслѣдованіями.

Jossel <sup>1)</sup> первый занялся изслѣдованіями на трупахъ. Онъ имѣлъ возможность изслѣдовать анатомически 9 препаратовъ привычнаго вывиха, при чемъ только въ 4 случаяхъ (у 3 больныхъ) страданіе это наблюдалось клинически, а въ 5 остальныхъ о прижизненномъ существованіи этого страданія ~~было~~ заключалъ по аналогіи анатомическихъ измѣненій. Въ результатѣ своихъ изслѣдованій Jossel пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ:

I. Предрасположеніе къ повторенію вывиха плеча создается отрывомъ мышцъ, не приросшихъ вновь къ головкѣ плеча.

II. Благопріятствуетъ рецидиву постоянно наступающее расширение капсулы.

Въ очень рѣдкихъ случаяхъ можетъ способствовать рецидиву переломъ суставной впадины или головки плеча, обуславливая уменьшеніе сочленяющихся поверхностей.

Послѣ Jossel'я въ литературѣ появился рядъ отдѣльныхъ наблюденій. Franke <sup>2)</sup> собралъ эти случаи и присоединилъ къ нимъ 4 своихъ. На основаніи отмѣченныхъ паталого-анатомическихъ отношеній Franke пришелъ къ выводу, что кардинальнымъ условіемъ существованія привычнаго вывиха является увеличеніе объема полости сустава и расслабленіе сумки.

Затѣмъ рядомъ авторовъ (Dehner, Krumm, Joseph Müller <sup>3)</sup>, Grothe <sup>4)</sup>, Samter <sup>5)</sup>, Hildebrand <sup>6)</sup>, Wolff <sup>7)</sup>, Чижъ <sup>8)</sup>) были описаны новые случаи, но эти авторы, какъ и Franke, главную причину вывиха видѣли въ расширеніи полости сустава, обусловленномъ расслабленіемъ сумки.

Нѣсколько иныхъ взглядовъ придерживается Perthes <sup>9)</sup>, на выво-

<sup>1)</sup> Jossel. „Ueber die Recidive des Humerus Luxation“. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 1880). B. XIII.

<sup>2)</sup> Franke. „Zur pathologischen Anatomie und Therapie der habituell. Schultergelenksluxation“. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 1898 г. B. 48. H. 4.

<sup>3)</sup> J. Müller. Münch. med. Wochenschr. 1900 г. № 4.

<sup>4)</sup> Grothe. Ibid. 1902 г. № 19.

<sup>5)</sup> Samter. Arch. f. klin. Chir. 62 (1900 г.) .

<sup>6)</sup> Hildebrand. Arch. f. klin. Chir. 1902 г. B. 66.

<sup>7)</sup> Wolff. Zentr. Bl. f. Chir. 1902 г. № 7.

<sup>8)</sup> Чижъ. Хирургія. 1902 г. № 69.

<sup>9)</sup> Perthes. „Ueber Operat. b. habit. Schulterluxation“. Deutsch. Zeitschr. f. Chir. B. 85.



дахъ котораго мы позволимъ остановиться нѣсколько подробнѣе. Perthes собралъ почти всѣ литературныя данныя по этому вопросу и присоединилъ къ нимъ 4 своихъ собственныхъ наблюденія. Особенное значеніе онъ придаетъ изслѣдованіямъ на трупахъ и въ этомъ отношеніи на первомъ планѣ ставитъ наблюденія Jossel'я. Привычные вывихи по анатомическимъ причинамъ Perthes дѣлитъ на 3 главныхъ группы. Въ первую группу относятся случаи вывиха съ отрывомъ мышцъ, прикрѣпляющихся къ большому бугру <sup>1)</sup>. Вмѣстѣ съ мышцами можетъ быть оторвана та или иная часть, а иногда и весь бугоръ. Если сухожилія оторванныхъ мышцъ—resp. бугоръ—вслѣдствіе сильнаго сокращенія послѣднихъ и послѣ вправленія вывиха не соприкасаются съ мѣстомъ ихъ прикрѣпленія, то понятно, что приращенія ихъ на прежнемъ мѣстѣ не происходитъ. Функція мышцъ несомнѣнно страдаетъ. При той громадной роли, которую играютъ мышцы плеча въ смыслѣ удерживанія головки въ суставной впадинѣ, уже одного этого обстоятельства достаточно, чтобы создать условія, благопріятныя для повторенія вывиха. Отрывъ большого бугра или однѣхъ только мышцъ и при однократномъ вывихѣ явленіе далеко не рѣдкое. О такихъ случаяхъ говоритъ Gurlt (30 случ. вскрытій), Kocher (6 случ. операций), Bardenheuer <sup>2)</sup>. Parthes произвелъ рентгенографію въ 10 случаяхъ свѣжихъ вывиховъ и въ 6 изъ нихъ нашелъ отломъ большого бугра. Отрывъ при привычномъ вывихѣ былъ найденъ при вскрытіи Jossel'емъ (9 случ.) и Deuerlich'омъ и во время операции Dehner'омъ, W. Müller'омъ и самимъ Perthes'омъ (2 раза).

Расширеніе капсулы въ такихъ случаяхъ большой роли не играетъ.

Вторую группу составляютъ случаи, гдѣ причиной привычнаго вывиха являются нарушенія цѣлости суставной впадины лопатки. Это нарушеніе выражается въ отрывѣ *limbi cartilaginei* отъ внутренняго края суставной впадины. Вмѣстѣ съ нимъ можетъ быть оторвана и часть костнаго края впадины. Оторванные части могутъ остаться въ связи съ капсулой или лежать свободно въ полости сустава. Въ каждомъ такомъ случаѣ перемѣщающаяся впередъ головка отслаиваетъ надкостницу отъ передней поверхности шейки лопатки. Получается бухта, новая суставная полость, переднюю стѣнку которой образуетъ отслоенная надкостница и лежащій на ней *m-lus Subscapularis*, а заднюю—передняя поверхность шейки лопатки. Капсула въ такихъ случаяхъ непосредственно переходитъ въ надкостницу. При частомъ повтореніи вывиха на головкѣ плеча позади большого бугра отъ

---

<sup>1)</sup> Громадное большинство извѣстныхъ изъ литературы случаевъ привычнаго вывиха относятся къ вывихамъ впередъ, поэтому Perthes говоритъ только объ этой формѣ вывиха.

<sup>2)</sup> Bardenheuer. „Die Verletzungen der oberen Extremitäten“. Stuttgart. 1886 г.

давленія остраго края впадины при вывихѣ образуется дефектъ въ видѣ продольнаго желобка, который нѣкоторыми авторами считался за первоначальную причину привычнаго вывиха. Подобную форму вывиха наблюдали на трупѣ Broca и Hartmann, Sick, Löbker. Къ этой же группѣ должны быть отнесены случаи Volkmann'a <sup>1)</sup>, Wiesinger'a <sup>2)</sup>, 3 случая Hildebrand'a, 3-й случай Perthes'a и съ нѣкоторой долей вѣроятности случаи Schüller'a <sup>3)</sup>, Cramer'a, Müller-Franke (№ 17), Müller-Kolhase и 4-й случай Perthes'a.

Наконецъ, въ 3-ю группу должны быть отнесены тѣ случаи, гдѣ какъ единственное патологическое измѣненіе, могущее обусловить привычный вывихъ, найдено было расширение капсулы. Расширеніе это касалось или всей сумки, или только извѣстнаго ея отдѣла, имѣвшаго видъ грыжеобразнаго выпячиванія, какъ въ случаѣ Miculicz'a, Samter'a и Samosch'a <sup>4)</sup>. Одно расширение капсулы безъ какихъ-либо другихъ измѣненій, на счетъ которыхъ можно было бы отнести причину вывиха, наблюдалось однако только во время операций и ни разу анатомически при вскрытіи. При всѣхъ случаяхъ вскрытія, которыми мы располагаемъ до настоящаго времени, говоритъ Parthes, на ряду съ расширеніемъ капсулы были и другія анатомическія измѣненія. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ капсула не была вскрыта, вполне возможно допустить, что, кромѣ расширения капсулы, были и другія существенныя измѣненія, но они не были обнаружены операторами.

Кромѣ этихъ 3-хъ главныхъ факторовъ, играющихъ роль въ происхожденіи привычнаго вывиха, могутъ имѣть значеніе еще и другіе. Прежде всего это касается разрыва капсулы. Въ зіяющій капсульный разрывъ, происшедшій при первомъ вывихѣ, можетъ вклеиться въ видѣ заплаты окружающая ткань, какъ это и наблюдалось Iossel'емъ, гдѣ роль такого рода заплаты сыгралъ *m-lus deltoideus*. Такимъ образомъ разрывъ можетъ повести къ увеличенію полости капсулы, чѣмъ и ограничивается его роль. Предположеніе о томъ, что незакрытіе капсульнаго разрыва (въ духѣ теоріи Malgaigne'я) даетъ возможность головкѣ легко выскакивать черезъ него, анатомически ни разу не наблюдалось. Затѣмъ придавали особое значеніе дефектамъ головки плеча и считали ихъ за первичную причину вывиха. Разбирая случаи такого рода Perthes, какъ и Löbker, толкуетъ эти дефекты какъ вторичныя явленія, какъ результатъ давленія остраго края суставной впадины на головку плеча (2-я группа Perthes'a). Только въ одномъ случаѣ (Müller-Franke № 15) дѣло имѣлось, несомнѣнно, съ первоначальнымъ отломомъ части головки плеча, послужившимъ причиной привычнаго вывиха.

<sup>1)</sup> Этотъ одинъ случай описанъ двумя авторами—Porke и Kraske (по Franke, № 6 и № 7). (Perthes.)

<sup>2)</sup> Wiesinger. Deutsch. med. Wochensch. 1895 г. Vereins-Beilage. № 17.

<sup>3)</sup> Schüller. Berlin. klin. Wochenschrift. 1890, № 33.

<sup>4)</sup> Samter. Arch. f. klin. Chir. 62.—Samosch. Bruns-Beitr. zur klinisch. Chir. 1895. B. 17.

Противъ такого взгляда Löbker'a Franke возражалъ, указывая на случай Küster'a (по Franke № 3). Въ этомъ случаѣ первый вывихъ былъ  $\frac{3}{4}$  года тому назадъ, съ тѣхъ поръ было всего 6 вывиховъ и однако желобообразный дефектъ на головкѣ былъ довольно глубокий. Объяснить происхождение дефекта давленіемъ острого края впадины при вывихѣ, по мнѣнію Franke, не представляется возможнымъ. Это выраженіе Franke Perthes оставляетъ безъ отвѣта.

Затѣмъ слѣдуетъ упомянуть еще о той связи привычнаго вывиха съ сирингоміеліей, о которой говорятъ Schrader <sup>1)</sup>, Zesas <sup>2)</sup>, Соколовъ <sup>3)</sup> и Налбандовъ <sup>4)</sup>.

Въ позднѣйшее время въ литературѣ описанъ еще новый рядъ случаевъ (Conteaud <sup>5)</sup>, Dupuy <sup>6)</sup>, Delanglede <sup>7)</sup>, Routier <sup>8)</sup>, Donati <sup>9)</sup>, Werndorff <sup>10)</sup>, Плѣшковъ <sup>11)</sup> и др.), но большого интереса въ смыслѣ выясненія вопроса о патологической анатоміи привычнаго вывиха они не представляютъ.

Въ концѣ-концовъ мы должны признать, что вопросъ объ анатомическихъ причинахъ привычнаго вывиха представляется еще невыясненнымъ окончательно. Несомнѣнно однако то, что расширение капсулы не является единственнымъ главнымъ факторомъ, обуславливающимъ привычный вывихъ. Отрывъ ротаторовъ, а равно и нарушеніе цѣлости внутренняго края суставной впадины, независимо отъ расширенія капсулы, можетъ обусловить существованіе привычнаго вывиха и классификація Perthes'a намъ представляется наиболѣе правильной. Въ дополненіе къ той роли, какую играютъ наружные ротаторы плеча въ происхожденіи вывиха, слѣдуетъ упомянуть еще объ наблюденіяхъ Duchenne'a, указанныхъ еще Jossel'емъ. Duchenne отмѣчаетъ, что при изолированной фарадизаціи дельтовидной мышцы головка плеча имѣетъ тенденцію становиться въ положеніе подвывиха книзу, и что при параличѣ m. m. supra и infraspinat. и cicularis'a онъ наблюдалъ много разъ подвывихъ головки при поднятіи руки кверху.

Покончивъ съ патологической анатоміей, перейдемъ теперь къ тѣмъ способамъ, которые примѣнялись и примѣняются для лѣченія привычнаго вывиха.

---

<sup>1)</sup> Schrader. Beiträge zur Klinisch. Chir. B. XXIII. H. I.

<sup>2)</sup> Zesas. Deutsch. Z. f. Clin. B. 80.

<sup>3)</sup> Соколовъ, „Врачъ“ 1899 С. № 27.

<sup>4)</sup> Налбандовъ, „Русск. Врачъ“ 1903, № 25.

<sup>5)</sup> Conteaud Bull. de l'acad. medic. 1906, № 27.

<sup>6)</sup> Dupuy, La presse medicale 1907 г., № 8.

<sup>7)</sup> Delanglede рефер. въ Revue de Chirurgie 1907, № 4.

<sup>8)</sup> Routier Bull. et mem. de la Soc. de Chir. 1907. 22 janv.

<sup>9)</sup> Donati, La medic. itali 1907. № 20.

<sup>10)</sup> Werndorff. Zeitschr. f. orthopädisch. Chir. 1908, B. XIX.

<sup>11)</sup> Плѣшковъ, „Медич. обозрѣніе“ 1908, № 18.

Въ доантисептическое время, да и нѣкоторое время послѣ, полости суставовъ считались недоступными для оперативнаго вмѣшательства. Поэтому при первыхъ способахъ, предложенныхъ для лѣченія привычнаго вывиха, сумка сустава оставалась не вскрытой. Это обстоятельство и служило отчасти причиной того, что анатомическія условія привычнаго вывиха оставались невыясненными.

Укрѣпленія сустава старались достичь путемъ развитія вокругъ него сморщивающей рубцовой ткани. Съ этою цѣлью еще Гиппократомъ было предложено прижиганіе каленымъ желѣзомъ. Malgaigne пытался достичь того же подкожными инцизіями, другіе, какъ Grenzer, инъекціей іодной настойки въ окружность сустава. Примѣнялась иммобилизація сустава въ продолженіи многихъ мѣсяцевъ въ положеніи плеча противоположномъ положенію его при вывихѣ и, наконецъ, ношеніе предохранительныхъ приборовъ. Результаты были не прочны и это заставляло хирурговъ въ тяжелыхъ случаяхъ прибѣгать къ такимъ операціямъ, какъ резекція и артротомія. Резекція, давая прочный результатъ въ смыслѣ гарантіи отъ повторенія вывиха, въ то же самое время влекла за собой весьма значительное ограниченіе подвижности сустава, а артротомія — неподвижность. Поэтому къ нимъ прибѣгали только въ случаяхъ крайности. Искали новыхъ болѣе консервативныхъ методовъ.

Въ результатѣ появился рядъ новыхъ такъ называемыхъ капсульныхъ методовъ. Сюда должны быть отнесены кисетный, сморщивающій шовъ на капсулу, образованіе изъ нея дубликатуры (не вскрывая) наложеніе краевъ разрыва капсулы одинъ на другой и, наконецъ, иссѣченіе изъ нея овальныхъ участковъ. Цѣлый рядъ авторовъ примѣняли эти способы и результатами были довольны. Нѣсколько обособленно стоятъ способы Wiesinger'a и Hildebrand'a.

Wiesinger въ своемъ случаѣ, который по классификаціи Perthes'a долженъ быть отнесенъ во 2-ую группу, съ цѣлью уничтожить ненормальную полость, въ которую смѣщалась головка при вывихѣ, затампонировалъ ее снаружи іодоформной марлей въ надеждѣ вызвать развитіе грануляцій, которыя бы и заполнили эту полость. Результатъ былъ хорошъ. Hildebrand въ 3-хъ случаяхъ съ отломомъ внутренняго края впадины, дабы образовать новый выступающій край, острой ложкой углубилъ впадину, а полость впереди шейки лопатки затампонировалъ марлей. Hildebrand (1902 г.) насчиталъ изъ литературы 32 случ. оперативнаго лѣченія привычнаго вывиха. По способу операціи эти случаи раздѣляются такъ:

I. Резекція головки 9 случ. (Cramer, Küster, Volkmann — 3 сл., Kraske, Löbker, Schüller и Müller).

II. Артротомія 1 случ. (Albert).

III. Капсульные методы

а) сморщивающій шовъ на капсулу, безъ вскрытія ея, 4 случая (Ricard 2 сл., Steinthal, Pelladini).

b) разрѣзъ и сморщив. шовъ на капсулу 3 случая (Müller, Krumm, Dehner),

c) разрѣзъ и тампонада 1 случ. (Wiesinger),

d) разрѣзъ и накладыв. краевъ другъ на друга 3 случая (Mikulich—Samson, Dreesmann—Grothe и Samter),

e) изсѣченіе участка капсулы и зашивание 4 случ. (Bardenheuer, Brullet-Zowet, Müller, Haegler),

f) изсѣченіе участка капсулы и тампонада 1 случ. (Müller),

g) изсѣченіе и сморщивающій шовъ 1 разъ (Kronacher—Müller),

IV. Костныя операціи.

Образованіе края впадины и тампонада 3 случ. (Hildebrand.)

Какъ оперировали 2 случ. Рарона Hildebrand не знаетъ. Все это были въ общемъ способы авторовъ, которые въ большинствѣ главной причиной вывиха считали расширеніе капсулы. Perthes, раздѣляя привычные вывихи на 3 группы, для каждой изъ нихъ предлагаетъ соотвѣтствующій способъ оперативнаго лѣченія. Для первой группы съ отрывомъ наружныхъ ротаторовъ плеча однихъ или вмѣстѣ съ большимъ бугромъ, онъ рекомендуетъ оторванныя части прикрѣплять на прежнее мѣсто, пользуясь для этого U—образными штифтами, вколачиваемыми въ головку плеча. Этотъ способъ онъ примѣнилъ 2 раза и получилъ хорошій результатъ. Для вывиховъ второй группы—прикрѣпленіе такими же штифтами оторванного внутренняго края суставной впадины на прежнее мѣсто. Операція эта, по признанію самого Perthes'a, довольно сложная. Преимущества ея передъ операціей Hildebrand'a заключаются въ слѣдующемъ: Если отломлена значительная часть суставной впадины, то изъ оставшейся трудно сдѣлать хорошую новую впадину. При углубленіи ложкой неизбежно удаляется хрящъ суставной поверхности и поэтому страдаетъ гладкость суставной поверхности, необходимая для свободы движеній. Нѣтъ необходимости углублять впадину, образовывать выступающій край для того, чтобы препятствовать головкѣ соскользнуть съ суставной впадины. Въ нормальномъ плечевомъ суставѣ нѣтъ такого выступающаго края, суставная поверхность представляетъ только совершенно гладкую выемку шаровой поверхности. Гораздо естественнѣе поэтому и въ общемъ лучше для функціи сустава препятствовать головкѣ выходить на переднюю поверхн. шейки, поставивъ въ нормальныя отношенія къ суставной впадинѣ *labr. glenoidale* и капсулу, т.-е. уничтоживъ зіяющую между ними щель. Точно такъ же и тампонаду марлей лучше замѣнить такимъ способомъ, который даетъ возможность заживленія раны *per primam*. Такой способъ съ хорошимъ результатомъ Perthes примѣнилъ въ своемъ 3-ьемъ случаѣ. Для вывиховъ 3-ей группы—одинъ изъ капсульныхъ методовъ со вскрытіемъ сумки.

Способами Perthes'a, насколько намъ извѣстно изъ доступной намъ литературы, никто больше пока не воспользовался. Тѣ случаи,

которые описаны въ литературѣ послѣ Perthes'a, ничего новаго въ смыслѣ оперативномъ не представляютъ. По большей части въ нихъ примѣнялись капсульные методы.

Внѣ всякаго сомнѣнія, что Perthes, предлагая свои способы оперативнаго лѣченія привычнаго вывиха, шелъ правильнымъ, логическимъ путемъ, исходя изъ соотвѣтствующихъ анатомическихъ измѣненій. Является главной причиной вывиха отрывъ ротаторовъ,—онъ пришиваетъ ихъ на прежнее мѣсто, обуславливаетъ вывихъ отрывъ *labr. glenoidal.* на внутр. краѣ суставной впадины — и его онъ прикрѣпляетъ на мѣсто. Такимъ образомъ, разсуждая чисто теоретически, эти способы представляются самыми рациональными.

Другое дѣло практическая сторона вопроса. Операции Perthes'a, особенно для случаевъ 2-ой группы, не легки по технике и имѣютъ за собой совсѣмъ мало наблюдений. Съ другой стороны капсульные методы, не являясь столь радикальными, легче, и даютъ вполне удовлетворительный результатъ.

Но капсульными методами не всегда можно воспользоваться, такъ какъ нерѣдко расширенія капсулы не находятъ. Одинъ изъ такихъ случаевъ имѣли возможность наблюдать въ Ново-Екатерининской больницѣ и позволимъ себѣ привести вкратцѣ исторію болѣзни этого случая.

А. А. З—нъ, агентъ страхового общества, 8-го февраля 1909 г. поступилъ въ клинику съ жалобами на часто повторяющійся вывихъ лѣваго плеча. Больному 27 лѣтъ, онъ женатъ 6 лѣтъ, дѣтей не имѣетъ, выкидышей у жены не было. Условія жизни хорошія, работа конторская. Мать 60 л. вполне здорова, отецъ умеръ отъ удара. Братья (6 чел.) вполне здоровы, 1 сестра страдаетъ эпилепсіей. Среди другихъ родственниковъ никакихъ особенныхъ заболѣваній не отмѣчается. Изъ дѣтскихъ заболѣваній больной перенесъ корь, скарлатину, дифтеритъ. 21 года первый припадокъ эпилепсіи, черезъ 2 года второй, потомъ припадки ежегодно; послѣдній съ годъ тому назадъ. 4 года назадъ приступъ аппендицита, черезъ 2 года—второй. 3-й годъ страдаетъ гемороемъ. Въ прошломъ году на этой почвѣ *fistula ani*—оперировали въ клиникѣ. 7 лѣтъ тому назадъ на военной службѣ больной упалъ съ лошади и потерялъ сознание. Его тотчасъ отнесли въ пріемный покой, гдѣ обнаружили вывихъ лѣваго плеча, который и вправили, не приводя больного въ сознание. Недѣли двѣ носилъ повязку. Вскорѣ послѣ этого новый вывихъ и съ тѣхъ поръ вывихи стали повторяться 1—2 раза въ мѣсяцъ при объемистыхъ быстрыхъ движеніяхъ руки кверху. Почти постоянно вывихи очень быстро вправляются самопроизвольно. Больной помогаетъ себѣ тѣмъ, что заводитъ правую руку въ лѣвую подмышечную впадину и надавливаетъ головку плеча кнаружи. Такое легкое вправление вывиха удавалось, впрочемъ, не всегда. Въ 1908 году въ мартѣ вывихъ вправляли въ клиникѣ подъ наркозомъ. При вывихахъ ощущаются сильныя боли въ плечахъ.

*Status praesens.* Больной правильнаго сложенія; питанія удовлетвор. Внутренніе органы всѣ въ порядкѣ. Кровотвореніе хорошее. Лѣвое плечо нѣсколько опущено. Контуры его не такъ округлы, какъ праваго. Незначительная атрофія дельтовидной мышцы. Активные движенія—поднятіе, отведеніе, ротация,—немного ограничены (боятся вывиха) Пассивныя—то же самое. Головка плечевой кости прощупывается въ нормальномъ положеніи. Костные отростки нормальны. Сила движеній почти одинаковая съ лѣвой рукой. Анестезій нѣтъ. На рентгенограммѣ никакихъ отклоненій отъ нормы не замѣтно.

11 февраля подъ общимъ наркозомъ профессоромъ А. В. Мартыновымъ произведена операція: Разрѣзъ кожи по переднему краю *m. deltoidei*. *Vena cephalica* отклонена

вмѣстѣ съ *m. pectoral major*. Разрѣзъ кожи по ключицѣ отъ начала 1-го разрѣза кнаружи. Отдѣлено прикрѣпленіе *deltoidei* къ ключицѣ на протяженіи 5 см. Самый передній уголокъ *m. deltoidei* перерѣзанъ вверху. По отклоненіи кнутри мышицъ, начинающ. отъ *pt. coracoid*, осмотрѣна суставная сумка; никакихъ выбуханій не найдено. Вскрытъ суставъ; при изслѣдованіи пальцемъ найдена полость, широко сообщающаяся съ полостью сустава, между передн. поверхн. лопатки сзади и надкостницей и *m. Subscapularis* спереди. *M. lus pectoralis minor* раздѣленъ. Раздѣлены волокна *Subscapularis*'а и черезъ мышечныя щели затампонирована ненормальная полость. Сумка зашита (4 шелков. и 3 кѣтгут. шва); до сумки вставленъ тампонъ (2-ой). При зашиваніи мышцъ—2 шелковыхъ шва, остальные кѣтгутъ.

Послѣоперационное теченіе гладкое. На 7-ой день перемѣненъ поверхностный тампонъ, на 15-й—вынута глубокая турунда (безъ гноя и безъ запаха) и замѣнена новой. На 22-ой день, снова перемѣнена глубокая турунда и съ тѣхъ поръ турунда мѣнялась черезъ день при чемъ вводилась по возможности глубоко. Съ 25-го дня начаты пассивныя движенія. 14-го марта, на 31-й день послѣ операции, больной выписался и продолжалъ ходить на перевязки амбулаторно. Полость, куда вводилась турунда, постепенно становилась уже и мельче и черезъ 3 недѣли закрылась окончательно. Движенія въ суставѣ съ каждымъ днемъ становились свободнѣе. Больной находится подъ нашимъ наблюденіемъ цѣлый годъ. Рецидива нѣтъ, движенія въ суставѣ въ полномъ объемѣ.

По анатомическимъ условіямъ вывиха нашъ случай долженъ быть отнесенъ по классификаціи *Perthes*'а во II-ую группу, а по способу оперативнаго лѣченія онъ является аналогичнымъ случаю *Wiesinger*'а.

Капсульный методъ, которымъ рассчитывали вначалѣ воспользоваться здѣсь примѣненъ быть не могъ, а тампонада явилась удачнымъ выходомъ и дала хорошіе результаты.

---

### Случай сепсиса, вызваннаго синегнойной палочкой.

Въ весеннемъ полугодіи 1909 г. мы наблюдали септицемию, вызванную *bacillo pyocyaneus*. Это заболѣваніе, представляющее нѣкоторыя особенности клинической картины, встрѣчается довольно рѣдко, и въ литературѣ мы находимъ лишь небольшое число случаевъ. Привожу вкратцѣ исторію болѣзни.

Больная Р. Ир. 33-хъ лѣтъ была принята въ клинику 7 февраля 1909 г. съ жалобами на общую слабость и жаръ. Явленія эти развелись послѣ отита, бывшаго 2 мѣсяца тому назадъ, и по поводу котораго больной была сдѣлана операція со вскрытіемъ средней полости уха. Вначалѣ были кратковременные подъемы температуры съ большими безлихорадочными промежутками. Въ дальнѣйшемъ температура стала повышаться чаще и въ теченіе приблизительно 2-хъ недѣль до поступленія въ клинику мы видимъ ежедневныя большія колебанія съ нормальной утренней температурой.

Больная происходитъ изъ здоровой семьи и со стороны наслѣдственности можно указать только на сарсег, отъ котораго погибли родители матери и тетка со стороны отца. Болѣзней ранняго дѣтства больная не помнитъ. 15-ти лѣтъ перенесла дифтеритъ и скарлатину, осложнившуюся правостороннимъ отитомъ. Съ того времени у больной времяами появлялась течь изъ уха. 18-ти лѣтъ была малярія. 2 года т. н. была повидимому *colica hepatica*. Было 5 беременностей, послѣдніе роды 4 мѣсяца тому назадъ. Выкидышей не было. Больная жила въ теплой, но сырой квартирѣ. На воздухъ бывала мало, и часовъ 6 — 8 въ день проводила въ сырой и полутемной лавкѣ. Изъ *Status praesens* при поступленіи можно отмѣтить слѣд.: Плохой аппетитъ. Сильная жажда. Обложенный языкъ. Послѣдніе 2 дня жидкія испражненія разъ въ день. Стѣнки живота дряблы. Печень: верхн. гран. нормальна, нижняя по *lin. mamil.* выстоитъ пальца на 2; печень чувствительна, поверхность ея гладкая, консистенція неплотная, край довольно острый. Желчный пузырь чувствителенъ, желтухи нѣтъ. Селезенка доходитъ до пупка, очень дрябла. Моча насыщена желтаго цвѣта, уд. вѣса 1,022, слѣды бѣлка, рѣзкая реакція на уробилинъ.

Небольшая одышка. Паралитическая грудная клѣтка. 11 лѣтъ назадъ кровохарканіе. Приглушеніе надъ правой верхушкой. Здѣсь же выдохъ. Граница сердца: прав. на серед. грудины, лѣв. заходитъ на палецъ за сосковую линію, верхн. норм. Тоны чисты. Пульсъ 120 въ 1', синхроничный, правильный, слабago наполненія. Сосуды мягки. Головокруженіе. На голеняхъ болѣзненные нервные стволы и кости. Общіе покровы блѣдны съ желтоватымъ оттѣнкомъ. Состояніе питанія плохое. Кровь:  $Hb=35\%$  по Говерсу, красныхъ кров. шар. 3.710.000, бѣлыхъ 7.575. Лимфат. железы не увеличены.

8 февраля была произведена венепункція и сдѣланъ посѣвъ. На другой день въ бульонѣ во всѣхъ пробиркахъ были найдены подвижныя палочки, которыя д-ромъ Невядомскимъ были перевиты на другія среды и признаны за *bacillus pyocyaneus* 10/11 венепункція была повторена, при чемъ бактериологическое изслѣдованіе дало тотъ же результатъ. Въ посѣвахъ изъ уха получилась смѣшанная культура *bas. pyocyanei* съ кокками. Понятно, что здѣсь культура не могла оказаться чистой.



Селезенка во время пребыванія больной въ клиникѣ увеличилась. Нижняя граница ея находилась ниже пупка. Печень также стала нѣсколько больше и выстояла слишкомъ на 2 пальца изъ-подъ ребернаго края. Съ 21 февраля появился поносъ; больную слабило 2—5 разъ въ день. Къ концу болѣзни появился нефритъ. Моча стала грязно-кровоянистаго цвѣта и содержала значительное количество гіалиновыхъ и зернистыхъ цилиндровъ, красные кровяные шарики и большое количество лейкоцитовъ. Несмотря на значительныя колебанія температуры, которыя доходили до 4-хъ градусовъ въ сутки, больную почти не знобило. То же можно сказать относительно потовъ. Больная потѣла очень мало. Она съ каждымъ днемъ все худѣла и достигла крайней степени истощенія. 8 марта больная впала въ безсознательное состояніе и скончалась при явленіяхъ сердечной слабости.

9 марта В. С. Дѣвицкимъ было произведено вскрытіе. Съ нимъ же совмѣстно были приготовлены и изслѣдованы микроскопическіе препараты.

Протоколъ вскрытія: Трупъ женщины удовлетворительнаго сложенія и питанія. Позвоночникъ нѣсколько искривленъ въ лѣвую сторону, вслѣдствіе чего тазъ не имѣетъ правильнаго положенія. Кожные покровы блѣдны. На пологихъ частяхъ трупныя пятна. Позади праваго уха находится отверстіе, проникающее въ среднюю часть *partis petrosae* височной кости. По отсепаровкѣ кожныхъ покрововъ позади уха обнаружился костный дефектъ на границѣ края височной и отчасти теменной кости, величиною снт.  $3 \times 3$ , изъ котораго выдается мягкая съ желтоватымъ оттѣнкомъ масса. На правой сторонѣ шеи нѣсколько ниже сосцевиднаго отростка височной кости идетъ по направленію книзу тонкій рубецъ длиною снт. въ 8. Твердая мозговая оболочка гладка, влажна, блестяща. Въ области костнаго дефекта въ ней находится отверстіе величиною въ 15-тикопеечную монету, которое со стороны черепной полости закрыто частью вещества мозжечка, отчего послѣдній и проникаетъ черезъ костный дефектъ наружу. *Sinus transversus* (правый) утолщенъ, плотенъ, просвѣта въ немъ нѣтъ. Остальные синусы содержатъ жидкую кровь. При выниманіи мозга часть ткани праваго полушарія мозжечка оторвалась вслѣдствіе того, что она была сращена съ твердой мозговой оболочкой по периферіи вышеупомянутаго дефекта. Подъ мягкой мозговой оболочкой находится обильное количество прозрачной желтоватаго цвѣта жидкости, преимущественно въ области праваго полушарія. Вещество мозга блѣдно; кое-гдѣ въ немъ разсѣяны мелкія красноватыя точки, расплывающіяся по поверхности разрѣза. *Vena jugularis externa et communis* съ правой стороны измѣненій не представляетъ, а *vena jugularis interna* представляется тонкой, спавшейся и при зондированіи (изъ *vena jugul. communis*) не проходима, тогда какъ *vena facialis* вполне сохраняетъ свой просвѣтъ.

Лѣвое легкое сращено своей нижней долей, главнымъ образомъ сзади, съ реберной плеврой. На плеврѣ верхушки замѣтна свѣжая высыпь сѣроватыхъ полупросвѣчивающихъ бугорковъ. На разрѣзѣ верхняя доля малокровна, слегка эмфизематозна; въ верхушкѣ маленькій старый туберкулезный участокъ; въ нижней долѣ прощупываются ограниченныя (2—3) уплотненія величиною съ лѣсной орѣхъ; на разрѣзѣ они имѣютъ красноватый цвѣтъ и пронизаны мелкими желтоватыми участками. Правое легкое, кромѣ явленій эмфиземы и отека, измѣненій не представляетъ. Сердце значительно увеличено, обильно покрыто жиромъ. На трехстворкѣ находятся многочисленныя мелкія желтоватаго цвѣта отложенія, то въ формѣ бородавчатыхъ выростовъ, то въ видѣ длинныхъ наложеній, частью распространяющихся по хордамъ и на мышцы, а также и на эндокардій предсердія. На внутренней лопасти трехстворки на тонкой ножкѣ свѣшивается въ полость желудочка величиною съ грецкій орѣхъ тромботическая масса желтоватаго цвѣта, покрытая кровяными красными свертками. На клапанахъ аорты по линіи ихъ замыканія находятся мелкія бородавчатые наложенія розоватаго цвѣта. Мышца сердца имѣетъ сѣроватый цвѣтъ и пронизана мелкими желтоватаго цвѣта гнойничками. Послѣдніе мѣстами ясно выступаютъ и подъ эндокардіемъ всѣхъ полостей сердца въ видѣ желтоватыхъ точекъ, окруженныхъ поясками кровоизліянія. Клапаны *art. pulmon* и *mitralis* измѣненій не представляютъ. Селезенка рѣзко увеличена, занимаетъ лѣвую половину живота, спускаясь почти до таза. Размѣры ея  $24 \times 14 \times 3$  снт. На капсулѣ бѣловатыя утолщенія и мѣстами она спаяна съ прилежащей брюшиной. Наощупь очень мягка, на разрѣзѣ однообразнаго сѣровато-розоваго цвѣта.

Пульпа соскабливается въ большомъ количествѣ. Печень выступаетъ изъ - подъ края реберъ. Размѣры ея  $31 \times 19 \times 7$  снт. Капсула ея тонка, прозрачна, на нижней поверхности лѣвой доли разсѣяны кровоизліянія. На разрѣзѣ ткань желтоватаго цвѣта. Рисунокъ строснія долекъ не выраженъ. Почки рѣзко увеличены, раза въ  $1\frac{1}{2}$ . Капсула снимается легко. Поверхность имѣетъ пестрый видъ отъ обильнаго количества мелкихъ желтоватаго цвѣта участковъ, окруженныхъ геморрагическимъ поясомъ. На разрѣзѣ вся паренхима, имѣющая желтоватый цвѣтъ, пронизана сѣровато-желтаго цвѣта полосами, периферія которыхъ пронизана кровоизліяніемъ. Въ желудкѣ мелкіе *ecchymoses* и небольшое количество слизи. Половые органы особыхъ измѣненій не представляютъ, за исключеніемъ влагалашной части матки, которая рѣзко инъецирована, шероховата и покрыта мелкими язвочками. *Gl. thymus* большая, сохраняетъ свою форму и пронизана жировою тканью.

*Diagnosis anatomica. Endocarditis maligna v. tricuspidalis et vv. aortae. Myocarditis purulenta disseminata. Hypertrophia cordis et obesitas eiusdem. Pleuritis chr. adhaesiva sinistra. Tuberculosis apicis pulmonis obsoleta sinistra. Abscessus circumscripti pulmonis sinistri. Oedema pulmonis dextri. Tumor lienis acutus permagnus. Hepatitis parenchymatosa. Nephritis purulenta. Ecchymoses mucosae ventriculi. Obliteratio venae jugularis internae dextr. Scoliosis partis lumbalis columnae vertebralis. Prolapsus partialis cerebelli. Obliteratio sinus transversi. Oedema piaе cerebri et hyperaemia venosa cerebri. Septicopyaemia.*

Микроскопическая картина органовъ представлялась слѣдующей.

Сердце: по всей мускулатурѣ разбросаны мелкіе некротическіе участки съ обильной инфильтраціей лейкоцитовъ. Мѣстами въ кровеносныхъ сосудахъ можно найти свѣжіе эмболы, около которыхъ не успѣли еще скопиться лейкоциты и образоваться некротизація ткани. Эмболы интенсивно окрашены гематинъ-эозиномъ въ синій цвѣтъ. Кровеносные сосуды сердца переполнены кровью. Мышечныя клѣтки представляются тусклыми, съ затуманенной, плохо видной поперечной полосатостью. Въ клѣткахъ имѣется не сильно выраженное жировое перерожденіе.

Почки. Клѣтки клубочковъ разбухли. Клубочки мѣстами пронизаны мелкими круглыми клѣтками и видны идущія тяжами красныя кровяныя тѣльца. Эпителій извитыхъ канальцевъ не вездѣ хорошо сохраненъ, протоплазма представляется рѣзко набухшей. Многія клѣтки отпали. Просвѣты канальцевъ выполнены мелкозернистой, красящейся въ розовый цвѣтъ, массой. Въ почкѣ встрѣчаются большіе некротическіе участки, вокругъ которыхъ видно рѣзкое наполненіе кровеносныхъ сосудовъ. Въ центрѣ некротическіе очаги состоятъ изъ распада, бактерій и ядеръ лимфо- и лейкоцитовъ. Послѣдніе находятся въ громадномъ количествѣ и по преимуществу по периферіи фокусовъ.

Легкія. Въ легкихъ имѣются довольно большой величины разсѣянные фокусы, въ которыхъ стросніе альвеолъ съ трудомъ различается и замѣтна значительная инфильтрація лейкоцитами и слущиваніе альвеолярнаго эпителія. Въ окружности этихъ фокусовъ сильное переполненіе кровеносныхъ сосудовъ. Въ центрѣ очаги состоятъ изъ синей массы распада, обрывковъ лейкоцитовъ. Мѣстами видны кровеносные сосуды съ эмболами, которые на препаратахъ, окрашенныхъ гематинъ-эозиномъ, представляются въ видѣ рѣзко красящихся синеватыхъ кучекъ.

Печень. Кровеносные сосуды въ периферіи долекъ переполнены кровью. Около центральной вены видно разрастаніе соединительной ткани и разсѣяныя повсюду мелкія, круглыя клѣтки. Количество соединительной ткани въ Глиссоновыхъ сумкахъ увеличено. Печеночныя клѣтки набухли и имѣютъ тусклый видъ.

Селезенка. Въ селезенкѣ имѣется значительная гиперплазія пульпы. Кавернозные вены растянуты. Соединительной ткани и Мальпигіевыхъ тѣлецъ не видно.

*Vena jugularis interna* правой стороны совершенно облитерирована и просвѣтъ ея выполненъ соединительной тканью. Въ послѣдней возникли вторичнымъ образомъ сосуды. *Sinus transversus* также вполнѣ облитерированъ. Нѣкоторые сосуды въ соединительной ткани заполнены тромбами, состоящими изъ лейкоцитовъ и красныхъ кровяныхъ тѣлецъ, преимущественно изъ первыхъ.

На окрашенныхъ фуксинномъ препаратахъ, особенно ясно въ сердцѣ выступаютъ

короткія палочки. Онѣ видны главнымъ образомъ по периферіи фокусовъ, на границѣ со здоровой тканью. По Граму палочки не красилась.

Въ литературѣ описано сравнительно немного случаевъ септическихъ заболѣваній, гдѣ бы роль возбудителя общей инфекціи приписывалась синегнойной палочкѣ. Большинство наблюдений является притомъ недостаточно обоснованными. Еще въ 1893 году Schimmelbusch считалъ возможность общей инфекціи *bacillo pyocyaneus* совершенно недоказанной и требовалъ, чтобы наличность синегнойной палочки въ тканяхъ была установлена при жизни. Дѣйствительно, всѣ случаи, описанные до появленія работы Schimmelbusch'a, а многіе и впослѣдствіи, были основаны на бактериологическомъ изслѣдованіи, произведенномъ послѣ смерти. Нахожденіе въ подобныхъ случаяхъ синегнойной палочки, даже въ чистой культурѣ, ничего не доказываетъ. Извѣстно, что сапрофиты не только послѣ смерти, но даже во время агоніи способны проникать въ кровь и оттуда во внутренніе органы. Особенно легко это происходитъ изъ кишечника, къ обитателямъ котораго нерѣдко принадлежитъ *bacillus pyocyaneus* (Wassermann). Поэтому Wassermann говоритъ, что синегнойную палочку можно разсматривать, какъ возбудителя общей инфекціи только въ томъ случаѣ, если она получена при жизни изъ какой-нибудь области тѣла, не имѣющей сообщенія съ наружнымъ воздухомъ. Наиболее доказательнымъ является, конечно, посѣвъ изъ крови, полученной венепункцией.

Послѣ же смерти выдѣленіе синегнойной палочки и полученіе ея въ чистой культурѣ недостаточно. Необходимо установленіе въ органахъ реактивныхъ процессовъ, вызванныхъ бактеріями.

Требованіямъ, предъявляемымъ Wassermann'омъ, удовлетворяютъ только немногіе изъ описанныхъ въ литературѣ случаевъ. Посмертно, на основаніи реактивныхъ измѣненій въ тканяхъ, общее зараженіе *bacillo pyocyaneus* доказано пятью авторами. Первый былъ Kossel, опубликовавшій въ 1894 году случай сепсиса у 6-недѣльнаго ребенка. Далѣе слѣдуютъ случаи William'a, Blum'a, Wassermann'a, Soltmann'a и Fränkel'я. Описаніе же септическихъ заболѣваній, гдѣ *bacillus pyocyaneus* былъ выращенъ изъ крови при жизни больного, относятся къ болѣе позднему времени; всего ихъ 8. Сюда относятся работы Finkelstein'a (1896 г.), Libmann'a, Lenhartz'a, Voss'a, Rolly, Hübener'a, Benfey и Petgers'a. Въ русской литературѣ, сколько намъ извѣстно, нашъ случай является первымъ.

Синегнойная палочка была нами выдѣлена изъ крови при жизни и были, кромѣ того, установлены реактивные процессы на микроскопическихъ препаратахъ послѣ смерти.

Просматривая литературу указанныхъ случаевъ, мы можемъ подмѣтить общія явленія, повторяющіяся съ большимъ или меньшимъ постоянствомъ. Прежде всего нужно извѣстнаго рода предрасполо-

женіе. Заболѣваютъ преимущественно лица, такъ или иначе ослабленные: анемичныя, перенесшія незадолго передъ тѣмъ другую инфекцію, истощенныя частыми родами или, наконецъ, маленькія дѣти. У всѣхъ подобныхъ больныхъ сопротивляемость организма понижена и они не могутъ противостоятъ сравнительно мало вирулентной синегнойной палочкѣ. Изъ 20-ти описанныхъ случаевъ—13 касаются дѣтей моложе одного года. Только въ случаяхъ Hübener'a и Rolly заболѣваютъ люди, повидимому, здоровые. Предрасполагающимъ моментомъ у нашей больной могли служить частые роды, бывшая, вѣроятно, уже раньше анемія и то обстоятельство, что больная заболѣла воспаленіемъ уха въ послѣродовомъ періодѣ (роды въ октябрѣ, отитъ въ ноябрѣ).

Въ виду относительно малой злокачественности, инфекціи Lenhartz предполагаетъ, что *Bacillus pyocyaneus* не способенъ вызвать настоящую бактеріемію, и что кровь является для него не столько питательной средой, сколько передаточной инстанціей для зараженія различныхъ мѣстъ организма. Lenhartz указываетъ на то, что во многихъ случаяхъ не удастся вырастить синегнойную палочку изъ крови, что приходится дѣлать повторные посѣвы. Подобнаго же мнѣнія относительно *bas. pyocyaneus* придерживается Fraenkel.

Въ нашемъ случаѣ венепункция и посѣвъ были сдѣланы 2 раза и оба раза *bas. pyocyaneus* полученъ во всѣхъ пробиркахъ, что врядъ ли могло быть при случайномъ прохожденіи его черезъ кровь. Очевидно, синегнойная палочка развивалась столько же въ крови, сколько въ другихъ тканяхъ.

У многихъ авторовъ мы находимъ указанія на первичный очагъ. Наиболѣе часто встрѣчается ухо (въ 5 случ.), затѣмъ въ нисходящемъ порядкѣ: воспаленіе пупочнаго канатика (4), кишечникъ (3), легкія, наружное пораненіе и матка.

У насъ инфекція несомнѣнно исходила изъ праваго уха, перейдя сначала на *vena jugularis interna*. Эта вена на вскрытіи оказалась спавшейся, непроходимой для зонда, въ то время какъ въ *vena facialis comm.* той же стороны зондъ проникалъ безпрепятственно. Микроскопическій препаратъ показалъ полное зарощеніе просвѣта.

Къ клинической картинѣ относится высокая температура, представляющая обыкновенно значительныя колебанія. Низкая температура была только въ двухъ случаяхъ у грудныхъ младенцевъ, крайне истощенныхъ уже въ началѣ болѣзни. На ряду съ лихорадкой наблюдается большой упадокъ силъ, прогрессирующій съ развитіемъ болѣзни.

Характернымъ симптомомъ является сильное увеличеніе селезенки, которая у нашей больной достигла громаднхъ размѣровъ и представлялась въ высшей степени мягкой и дряблой. Такая значительная гиперплазія селезенки, наблюдавшаяся въ нѣсколькихъ случаяхъ, отличаетъ описываемое заболѣваніе отъ стрептококковыхъ

септических инфекцій, при которыхъ увеличеніе этого органа бываетъ довольно умѣренное. Въѣстѣ съ тѣмъ у насъ, а также въ двухъ другихъ случаяхъ, имѣлось большое увеличеніе печени, 2 раза бывала желтуха.

Довольно постояннымъ явленіемъ наблюдается поносъ, зависящій, повидимому, отъ мѣстнаго пораженія стѣнки кишечника. Частымъ и характернымъ признакомъ, бывающимъ преимущественно у грудныхъ дѣтей, являются кровоизліянія въ кожу. Иногда достаточно малѣйшаго раздраженія, приподниманія кожи въ складку, чтобы вызвать образованіе экстравазата.

Finkelstein объясняетъ развитіе геморрагическаго діатеза вліяніемъ вырабатываемыхъ бактеріями токсическихъ веществъ, которыя, повидимому, вызываютъ хрупкость сосудовъ и понижаютъ свертываемость крови. Fraenkel же, съ своей стороны, ставитъ это въ связь съ проникновеніемъ бациллъ въ артеріальную стѣнку между *muscularis* и *adventitia*. Пораженіе кожи, кромѣ отдѣльных петехій, выражается въ видѣ общей бронзовой окраски кожи или въ видѣ образованія пустулъ, принимающихъ иногда геморрагическій характеръ. Въ случаяхъ Petges единственнымъ внѣшнимъ проявленіемъ сепсиса былъ *remphigus*. У нашей больной кровоизліяній въ кожу не было, но на вскрытіи были найдены экхимозы въ желудкѣ и кровоизліянія на нижней поверхности печени.

Помимо сказаннаго, синегнойная палочка можетъ поражать различныя системы органовъ. Въ 5 случаяхъ былъ описанъ менингитъ, въ 3—пнеймонія, затѣмъ отдѣльные случаи пери — и эндокардита, плеврита, бронхита. На вскрытіяхъ были находимы абсцессы въ почкахъ, селезенкѣ, кишечникѣ.

Въ нашемъ случаѣ имѣлся септический эндокардитъ праваго сердца и аорты. Былъ, кромѣ того, сильный піонефритъ, какой не наблюдался ни въ одномъ изъ описанныхъ случаевъ. Имѣются только указанія на небольшую альбуминурію и помутнѣніе корковаго вещества почекъ на вскрытіи. Помимо эмболовъ съ образованіемъ гнойничковъ, у насъ въ почкѣ былъ далеко зашедшій дегенеративный процессъ, особенно выраженный въ извитыхъ канальцахъ. Подобный же процессъ, но въ меньшей степени, былъ въ печени и сердечной мышцѣ. Въ печени, кромѣ того, замѣтны цирротическія измѣненія. Въ легкихъ и сердцѣ было много мелкихъ гнойничковъ.

Интересно отмѣтить, что Claude, впрыскивая животнымъ убитыя культуры *bac. ruosuaeи*, получилъ въ печени и почкахъ явленія, аналогичныя нашимъ. Въ печени, на ряду съ перерожденіемъ печеночныхъ клѣтокъ, наблюдались цирротическія измѣненія. Въ почкахъ явленія выступали преимущественно со стороны эпителиальныхъ и интерстиціальныхъ элементовъ, меньше въ гломерулахъ.

Продолжительность болѣзни весьма различна и зависитъ отъ того, какіе органы поражаются. Въ связи, однако, со сравнительной

доброкачественностью синегнойной палочки находится и относительная продолжительность болѣзни. Въ случаѣ Petges и Bichelonne смерть наступила черезъ  $9\frac{1}{2}$  мѣсяцевъ. Когда болѣзнь длится болѣе долгое время, чистый сепсисъ переходитъ въ септиконізію съ образованіемъ гнойничковъ. Предсказаніе—плохое. До сихъ поръ не описано ни одного случая выздоровленія.

Въ заключеніе мы можемъ сказать, что нашъ случай подтверждаетъ патогенность синегнойной палочки для человѣка, чѣмъ-либо ослабленнаго, и показываетъ, что эта палочка не только переносится кровью въ различныя мѣста организма, но можетъ постоянно циркулировать и быть находима въ крови. Симптомы общаго септического зараженія *bacillo pyocyaneus*: высокая гектическая лихорадка безъ сильныхъ потовъ и знобовъ, большая селезенка и печень, поносъ, геморрагическій діатезъ. Далѣе симптомы, зависяшіе отъ пораженія того или другого органа.

Литература: Kossel. Zeitschr. f. Hygiene 1894 Bd. 16. — Finkelstein Charité — Annalen, 21 Jahrg. 1896. — William and Cameron. Journ. of pathol. and bact. № 4 1896. — Brill. и Libmann. Americ. journ. of the med. Science, 1899. — Blum. Zentralbl. f. Bakteriolog. XXV, 1899, № 4. — Wassermann. Arch. f. pathol. Anat. u. Phys. u. f. Klin. Mediz. v. R. Virchow Bd. 165, F. XVI, Bd. V 1901. — Soltmann. Deutsch. Archiv. f. Klin. Med. 1902, 73 B. — Lenhartz. Spezielle Pathol. u. Ther. v. Nothnagel Bd. III, 4T. — Voss. Veröffentlichungen aus d. Gebiete d. Militär — Sanitätsw. H. 33, 1906. — Rolly. Münch. Med. Woch. 1906. — Fraenkel. Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Phys. Bd. CLXXXIII F. 18, Bd. III 1906. — Hübener. Deutsch. Med. Woch. 1907. — Benfey. Mediz. Klinik, 1907. — Petges et Bichelonne. Annales de Dermatol. et de Syphil. 4 Serie, T. IX, 1908.

---

### **Іодъ, какъ обеззараживающее операціоннаго поля \*).**

Вопросъ о примѣненіи іода, какъ обеззараживающаго средства не новъ, но, повидимому, онъ еще не исчерпанъ, чѣмъ и можно объяснить появляющіяся время отъ времени новыя сообщенія однихъ, какъ напр., Grossich'a, и вслѣдъ за ними провѣрочныя работы другихъ авторовъ.

Настоящее мое сообщеніе имѣютъ цѣлью присоединить свой голосъ къ появившимся уже въ печати работамъ и наблюденіямъ по поводу способа Grossich'a.

Послѣ опубликованія 31 октября 1908 г. Grossich'омъ своего метода, появилась уже не одна провѣрочная работа какъ экспериментальнаго характера (Touraine, Walter, P. Ritchie), такъ и клиническаго (Грековъ, Guibé, Гальпернъ, Кузнецкій и др.).

Всѣ безъ исключенія авторы даютъ благопріятный отзывъ объ этомъ способѣ и мнѣ на основаніи 188 случаевъ хирургическаго вмѣшательства въ нашей клиникѣ на разныхъ областяхъ тѣла остается присоединить свой голосъ въ пользу этого метода и пожелать, чтобы онъ сдѣлался общеупотребительнымъ, каковымъ былъ до его появленія способъ Fürbringer'a.

Прежде чѣмъ сообщить объ опытѣ нашей клиники и подвести итогъ всѣмъ сообщеннымъ въ литературѣ цифрамъ, остановлюсь на теоретической сторонѣ вопроса, хотя она давно уже знакома большинству.

Авторъ метода Grossich предостерегаетъ отъ мытья водой и мыломъ кожи передъ смазываніемъ *t. iodi* по слѣд. соображеніямъ: а) вода и особенно мыльный растворъ способствуютъ набуханію клѣтокъ эпидермиса, что мѣшаетъ іоду проникать вглубь ткани; б) мыло, обваливая находящіяся въ толщѣ кожи бактеріи, защищаетъ ихъ отъ дѣйствія *t. iodi*. Тѣ же соображенія высказывали и другіе авторы Walter, Guibé, Gley и впервые Heusner, предложившій іодъ-бензинъ. Единственнымъ противникомъ явился Delbé. Онъ, возражая, говоритъ, что какъ воду, такъ и мыло можно удалить, обрабатывая кожу эфиромъ, который превосходно извлекаетъ воду.

---

\*) Доложено въ Обществѣ Русскихъ хирурговъ.

Grossich съ этимъ не согласенъ. Онъ говоритъ, что удалить мыло изъ межклеточныхъ щелей очень трудно даже продолжительнымъ промываніемъ водой и эфиромъ.

Опыты Walter'a говорятъ болѣе въ пользу мнѣнія Grossich'a. У морской свинки онъ съ одной стороны обработалъ кожу только t. iodі, а съ другой съ предварительнымъ мытьемъ водой, мыломъ и обезвоживаніемъ эфиромъ. Бактеріологическое изслѣдованіе дало слѣдующіе результаты: тамъ, гдѣ употреблялся только іодъ, выросло при посѣвѣ 9 колоній, а гдѣ смазыванію іодомъ предшествовало мытье и пр.—27; а также и опыты Husner'a, у котораго при дезинфекціи только іодъ-бензиномъ получилось 77% стерильности, а при сложной обработкѣ 52%.

Спиртовая настойка іода, растворяя жиръ кожи, уничтожаетъ, въ первыхъ, бактерій, находящихся на ея поверхности, и, проникая далеко въглубь кожи, производитъ тамъ такое же бактерирубивающее дѣйствіе. Относительно глубины, на которую іодъ проникаетъ, авторы также согласны между собой. Подробнѣе другихъ этимъ вопросомъ занимался Walter. Онъ изслѣдовалъ кожу подъ микроскопомъ, прибавляя  $\text{AgNO}_3$ , благодаря чему получалось іодистое серебро, зернышки котораго онъ находилъ въ толщѣ Мальпигіева слоя и даже въ толщѣ дермы до cutis, въ волосяныхъ мѣшочкахъ и глубоко въ выводныхъ протокахъ железъ. Дѣлая срѣзы изъ кожи, взятой въ моментъ разрѣза, намъ всегда удавалось отмѣтить, что іодъ глубоко проникалъ, интенсивно пропитывая (хотя интенсивность окраски зависѣла отъ интенсивности смазыванія) роговой и нѣсколько слабѣе Мальпигіевъ слой и иногда слабо-желтая окраска, которую можно было различить, сравнивая съ глубже лежащими слоями, замѣтна была въ толщѣ дермы. Одинъ разъ мнѣ на срѣзѣ попался выводной протокъ сальной железы, хотя не на всемъ своемъ протяженіи, и онъ весь интенсивно пропитанъ былъ іодомъ. Въ срѣзахъ, взятыхъ послѣ операции, видно, что часть іода выщелочилась (но не совсѣмъ) только изъ поверхностнаго рогового слоя, но зато онъ впитался нѣсколько глубже.

Спиртовой растворъ іода дѣйствуетъ дубящимъ на кожу образомъ, что имѣетъ быть можетъ первенствующее значеніе въ успѣхѣ способа Grossich'a. Особенно рѣзко бросается въ глаза задубленность кожи при оперированіи съ мѣстной анестезіей, когда съ трудомъ приходится вкалывать иголку въ толщу эпидермиса. Объ этой задубленности говорится во всѣхъ работахъ, которыя пришлось мнѣ прочитать.

Конечно, и этотъ способъ не даетъ абсолютную стерильность, но бактеріальная флора кожи настолько разрѣжается, что организму слишкомъ мало приходится затрачивать силъ, чтобы убить оставшихся въ живыхъ, но оглушенныхъ іодомъ бактерій. За это говорятъ, въ первыхъ, цифры Walter'a и Touraine'a, а именно изъ 9 случаевъ, гдѣ



они брали посѣвъ съ кожи по смазываніи t. iodi, ростъ былъ въ двухъ, а также и собственные провѣренные опыты, именно: обильный ростъ изъ посѣва съ кожи безъ смазыванія t. iodi отсутствовалъ при посѣвахъ, взятыхъ по смазываніи t. iodi все время до разрѣза. Посѣвы дѣлались изъ соскоба рогового слоя въ промежутки 2, 7, 52 и т. д. минутъ. Послѣ разрѣза поверхность кожи въ теченіе 40 минутъ была стерильна. Лишь въ одномъ изъ шести изслѣдованныхъ мною случаевъ (операции не продолжались болѣе 40 м.) посѣвъ съ кожи черезъ 5 минутъ далъ ростъ въ 5—6 колоній на агарѣ; посѣвы черезъ 10—15 минутъ были болѣе обильные по числу колоній, бѣлаго стафилококка, но ростъ ихъ былъ слабъ. Лишь на 4 сутки получился ростъ. Мои изслѣдованія кожи не простираются долѣе 40 минутъ, но у Walter'a имѣется изслѣдованіе черезъ 1 ч. 45 м. Кожа была стерильна.

Операционная рана была стерильна во всѣхъ случаяхъ. Посѣвы брались и въ моментъ разрѣза изъ самаго поверхностнаго, проведеннаго черезъ толщу Мальпигіева слоя и во время операциіи изъ глубины раны и съ ея поверхности.

Объяснять ростъ изъ посѣвовъ, сдѣланныхъ спустя нѣкоторое время по разрѣзѣ кожи, приходится такимъ образомъ. По мнѣнію авторитетовъ хирургіи (Mikyliz, Schleich, Doderlein, Kocher и другіе) этотъ ростъ даютъ бактеріи, находящіяся въ глубинѣ кожи — въ волосяныхъ мѣшочкахъ, потовыхъ и сальныхъ железахъ и ихъ выводящихъ протокахъ.

Взглядъ этотъ оспариваетъ Peel Ritchie. Онъ на основаніи своихъ изслѣдованій какъ микроскопическихъ, такъ и бактеріологическихъ старается доказать, что потовыя железы и ихъ выводные протоки свободны отъ бактерій. Что касается волосяныхъ мѣшечковъ и сальныхъ железъ, то проникнуть туда бактеріи могутъ съ большимъ трудомъ и то такъ неглубоко, что ихъ легко удалить оттуда механически. По его мнѣнію мѣстомъ, гдѣ всегда и въ изобиліи можно найти бактерій, слѣдуетъ считать эпидермисъ. Тутъ же онъ предостерегаетъ хирурговъ отъ размачиванія эпидермы и рекомендуетъ держать ее въ сухомъ состояніи, ибо при мацерированномъ эпидермисѣ микроорганизмамъ, находящимся въ толщѣ эпидермиса, открытъ доступъ на его поверхность.

Переходя къ клинической части доклада, останавлиюсь сначала на собственномъ матеріалѣ. Заранѣе оговорюсь, что мною приведены случаи, гдѣ не было ясныхъ признаковъ инфекціи и гдѣ можно ждать *prim. int.*, если рана закрыта наглухо, или же гладкаго, безъ послѣдующихъ осложнений, выздоровленія, гдѣ операционная рана подвергалась дренированію. Кромѣ того, чтобы рѣзче отбѣнить положительную сторону метода, я считаю не лишнимъ подробное перечисленіе произведенныхъ нами операциій, не ограничиваясь лаконическимъ сообщеніемъ цифръ благопріятнаго исхода и  $\frac{0}{100}$  неудачъ,

и для сравненія привести " „ нагноенія за тотъ же періодъ оперирования со старымъ способомъ.

Большинство авторовъ ограничиваются этимъ краткимъ указаніемъ числа операций, другіе же, какъ, напримѣръ, Грековъ, говорятъ вмѣстѣ и о совершенно чистыхъ случаяхъ и о случаяхъ, гдѣ были налицо ясные признаки инфекции, такъ что указанный имъ % неудачъ, 7, 5% нагноенія, быть можетъ падаетъ на эти послѣдніе и такимъ образомъ умаляется положительная сторона метода. Такъ Грековъ говоритъ, что изъ 150 случаевъ 67 совершенно чистыхъ зажили *per primam*, а 83 дали 5 нагноеній, но среди нихъ были съ ясными признаками инфекции. Grossich же утверждаетъ, что успѣхъ обезпеченъ въ случаяхъ, гдѣ нѣтъ ясныхъ признаковъ инфекции.

За 4 мѣсяца съ 1/ix по 31/xii включительно 1909 г. нами по методу Grossich'a оперировано стаціонарно 108 случаевъ съ 5 нагноеніями, что составитъ 4,63% и 80 мелкихъ операций, протекавшихъ безъ осложнений, оперированныхъ амбулаторно. Изъ прилагаемой таблицы видно, что изъ 5 нагноеній 4 падаютъ на грыжи, и особенно глубоко и обширно оно было въ случаяхъ, когда операция сильно затянулась благодаря сращеніямъ вокругъ грыжевого мѣшка и др. причинамъ, осложняющимъ технику операций. Эти 4 случая нагноенія, мнѣ кажется, можно разсматривать какъ результатъ сильной травмы тканей, благодаря чему сопротивляемость ихъ оставшимся въ живыхъ бактеріальнымъ зародышамъ понизилась. Остается одинъ случай *appendicitis*, гдѣ первопричину приходится искать въ силѣ бактеріальной инфекции, не ослабленной дѣйствіемъ іода.

Какія операции и на какихъ областяхъ тѣла нами продѣланы, видно изъ прилагаемой таблицы.

Какихъ-либо осложнений, кромѣ нагноенія, ни разу нельзя было отмѣтить. Явленій отравленія, іодизма не было. При изслѣдованіи мочи послѣ операции бѣлокъ былъ одинъ разъ, но причиной его появленія былъ хлороформъ.

Въ мочѣ въ зависимости отъ интенсивности смазыванія иногда, приблизительно въ 30%, появлялся іодъ черезъ 12—15 часовъ послѣ операции и къ концу вторыхъ сутокъ его уже нельзя было найти. Раздраженій кожи, экземъ, въ случаяхъ, гдѣ рана была зашита наглухо, никогда не было. Даже при оперированіи *tumores haemorrhoid.*, когда смазывалась выдающаяся часть слизистой *recti* и въ случаѣ *prolapsus vaginae*, когда вся *vagina* была смазана іодомъ, плохого рѣшительно отмѣтить нельзя. Раздраженіе иногда, и то довольно рѣдко, появлялось въ дренированныхъ ранахъ, но вѣдь и само выдѣляемое можетъ вызвать подобное раздраженіе. Рѣдкое и незначительное раздраженіе отмѣчаютъ всѣ авторы, примѣнявшіе этотъ методъ.

Рѣшительно не слѣдуетъ бояться смазывать обширные участки кожи. Вѣдь не въ первый разъ врачи примѣняютъ смазываніе іодомъ!

Grossich утверждаетъ, что 0,5 и даже  $\frac{3}{4}$  тѣла можно смазать безъ риска, да это давно уже извѣстно изъ практики терапевтовъ.

Относительно примѣненія смазыванія t. iodī по областямъ, то на основаніи опыта нашей клиники могу сказать, что единственнымъ развѣ противопоказаннымъ мѣстомъ являются вѣки глазъ. Даже смазываніе, повторяю, слизистой recti и vaginae не повлекло за собой ничего непріятнаго. Grossich довольно широко примѣнялъ свой методъ. Онъ примѣнялъ его и при операціяхъ на penis, scrotum, подмышечныхъ впадинахъ.

Нѣкоторые авторы Grossich, Gvibé считаютъ противопоказаннымъ этотъ методъ у больныхъ съ нарушеннымъ обмѣномъ веществъ—діабетиковъ или страдающихъ общимъ фурункулезомъ, хотя докторъ Спитковскій вскрылъ безъ дурныхъ послѣдствій 12 абсцессовъ на тѣлѣ шестинедѣльнаго ребенка, примѣняя методъ Grossich'a. Итакъ въ каждой новой работѣ находишь указаніе на болѣе широкое примѣненіе этого метода.

Какія же преимущества этого метода, чтобы предпочесть его старому, испытанному, съ которымъ сжились и свыклись? Простота, во-первыхъ. Не надо ни брить больного на оперативномъ столѣ, ни мыть мыломъ, эфиромъ, что сохраняетъ время и избавляетъ больного отъ лишнихъ непріятностей, а затѣмъ и лучшее заживленіе ранъ. Grossich говоритъ, что въ случаяхъ поврежденій, даже въ такихъ, гдѣ замѣтны ясные признаки инфекции, онъ получилъ 7% нагноеній, чего онъ не имѣлъ, когда употреблялъ мытье. То же отмѣчаетъ Breviz и др.

Сравнивая исходы операцій въ нашей клиникѣ за то же время (съ I/IX по 31/XII) въ 1908 году, могу сказать слѣдующее. При приблизительно равныхъ условіяхъ — (загрязненіе палатъ, операціонной и др.) % нагноенія въ 1908 г. былъ 9% (7 на 77), тогда какъ въ 1909 г. % нагноенія при стаціонарной работѣ былъ 4,63. Нагноеніе по областямъ и роду операціи съ старымъ способомъ дали:

Грыжи 4 на 27 операцій, что = 14,8%  
 Appendic. 2 „ 17 „ „ = 11,8%

тогда какъ со способомъ Grossich'a % выразился слѣдующимъ образомъ:

Грыжи 4 на 31, что = 11,9%  
 Appendic. 1 „ 15, „ = 6,3%

Особенно незамѣнимъ этотъ способъ при амбулаторной работѣ въ земствахъ, а также при подачѣ экстренной хирургической помощи на войнѣ, что доказано хирургами, работавшими въ послѣднюю русско-японскую войну. Отзывы земскихъ врачей (Гальпернъ, Павловскій) объ этомъ методѣ говорятъ о его безусловной примѣнимости въ земской практикѣ.

Родъ послѣоперацион. закрытія и исходъ операцин.	Полость череп.	Брюшная полость.						Полость сустав.	Брюшная стѣнка.						Грудь и Спина.			
		Воспал. тверд. мозг. обол.	Аппендицитъ.	Желудокъ { резекція 1. G-enter. 2. G. Stom. 1.	Печень и желчные пути.	Женскіе половые органы. { Fibrom. uteri 1. Cystoma ovar. 3.	Tumor abdom.		Переломъ полулун. хряща лѣваго колѣна.	Г Р Ы Ж И.						Ракъ грудной железы.	Киста молочн. жел.	Липома спины.
										Свободная.	Ущемленная.	Пупочная.	Послѣоперацион.	Fibro-Sarcoma сухожилъ. растяженія брюшн. стѣнки.				
															Пахо- вые.			
Зашиваніе { наглухо. {	Prima. Нагноеніе.	1 —	8 1	4 —	— —	4 —	— —	1 —	25 3	4 —	— 1	2 —	— —	1 —	1 —	2 —		
Дренированіе { раны. {	Без. ослож. Осложн.	— —	7 —	— —	1 —	— —	1 —	— —	— —	— —	— —	— —	1 —	1 —	— —	2 —		

Примѣняемъ мы методъ Grossich'a не буквально, какъ онъ описанъ у автора въ № 44 Zentralblatt für Chirurgie, а болѣе согласно съ указаніями Грекова, именно: больныхъ у насъ наканунѣ бреютъ съ мыломъ, послѣ этого они получаютъ ванну и имъ даютъ чистое бѣлье. Никакихъ повязокъ на ночь мы не накладываемъ. Онѣ даже противопоказаны въ виду того, что, являясь чѣмъ-то вродѣ согрѣвающего компресса, могутъ вызвать потѣніе. На лекціи больные изслѣдуются профессорами со студентами, что также не вліяетъ на исходъ. Передъ операціей мы подобно Грекову не бреемъ операционное поле, какъ дѣлаетъ Grossich, а только дважды смазываемъ t. iodi въ промежутки 5—10 минутъ, въ зависимости отъ быстроты, съ какой больной поддается наркозу. Тотчасъ же послѣ второго смазыванія производится разрѣзъ.

Голова и шея.	В. конеч.	Н. конечнос.	Почки.	Мочев. пузырь.	Нар. пол. органы мужчины.	Ж. нар. пол. органы.	Пр. К.	ИТОГО.	
Torticollis.									
Ракъ нижн. губы.									
Rafesis p. ulnaris.									
Ангиома пальца.									
Pes varus.									
Morbus Littlei.									
Varices venarum.									
Nephrolyfiasis.									
Hypernephroma.									
Tbc. renis.									
Nephritis hemorrhag.									
Камни мочевог. пузыря.									
Новообразованія.									
Задержка яичка.									
Водянка яичка.									
Epididimitis tbc.									
Камень уретры.									
Выпаденіе влагалища.									
Геморрой.									
Безъ нагноенія.									
Нагноеній.									
Мелкихъ амбулат. операций.									

При оперированіи амбулаторно совершенно достаточно сухо вы-  
бритъ кожу, протереть ее бензиномъ или эфиромъ и смазать t. iodi.

Исходя какъ изъ личныхъ наблюденій, а также Walter'a и Rotchic,  
мнѣ кажется, что поведеніе хирурга должно быть таковымъ: 1) На-  
чинать разрѣзъ черезъ 5—10 минутъ послѣ перваго смазыванія.  
Этимъ дается возможность іоду глубже проникнуть въ ткани и болѣе  
радикально оказать свое бактерицидное дѣйствіе; 2) не допускать  
мацерации кожи вокругъ разрѣза, для чего необходимо возможно  
тщательнѣе удалять сгустившуюся кровь сухими шариками, возможно  
ближе къ разрѣзу закрывать кожу салфетками, чтобы онѣ впитывали  
въ себя какъ кровь, такъ и потъ, особенно послѣдній, ибо съ нимъ,  
могутъ выдѣляться бактеріи. Кромѣ того, тщательное закрытіе пре-  
дохраняетъ кожу отъ загрязненія изъ воздуха; 3) по окончаніи опе-

раціи ни въ коемъ случаѣ не смывать кровь водой, а сухо удаливъ ее насколько возможно, обмыть спиртомъ и смазать t-ra iodi. Grossich и др. рекомендуютъ на 4 — 5 день снова смазать іодомъ, но нами это правило не соблюдается и мы не видѣли ничего плохого, такъ что настойчиво рекомендовать этого нельзя. Такъ какъ кожу мы шьемъ кѣтгутомъ, то первую перевязку дѣлаемъ обыкновенно на 10—12 день. Также не слѣдуетъ допускать мацерации кожи и въ послѣоперационномъ періодѣ. Поэтому не слѣдуетъ накладывать толстыхъ повязокъ съ большимъ количествомъ ваты, а гдѣ только возможно, накладывать легкую коллодійную повязку. Послѣднее время Grossich оставляетъ рану открытой, ежедневно смазывая ее t. jodi. Этотъ методъ онъ примѣнялъ при оперированіи грыжъ, hydrocele, главнымъ образомъ у дѣтей и плохого, какъ онъ говоритъ, отъ этого не видѣлъ.

Въ заключеніе назову имена примѣнявшихъ этотъ методъ хирурговъ и подведу итогъ опубликованнымъ цифрамъ. Примѣняли этотъ способъ: Grossich, Грековъ, Гальпернъ, Кузнецкій, Brewit совместно съ проф. Roth, Nest-Kolb съ профес. Steinthal, Walter, Touraine, Guibe, König, Rutie, Bochard, Gasser, Estor, Rolando, Fourmestreaux, Damiot, Tuffie, Berardini, Павловскій, Спитковскій, проф. Мартыновъ, подъ руководствомъ котораго я написалъ эту работу, и ранѣе другихъ Heusner.

Изъ доступной мнѣ литературы я могъ добыть слѣд. цифры опубликованныхъ случаевъ благопріятнаго исхода и  $\frac{0}{100}$  неудачъ:

На 2908 операций 66 нагноеній, что составляетъ 2,3 $\frac{0}{100}$ .

Эта цифра за 6-мѣсячный періодъ, конечно, колоссально возросла, ибо почти въ каждомъ новомъ номерѣ медицинскаго журнала появлялись сообщенія, благопріятно отзывающіяся объ этомъ способѣ.

Кромѣ примѣненія этого метода на людяхъ E. Gley въ la Presse Médicale сообщаетъ о примѣненіи его при операцияхъ для физиологическихъ опытовъ на животныхъ. Авторъ считаетъ этотъ способъ идеальнымъ.

Авторовъ, примѣнявшихъ этотъ методъ, много, цифры, приведенныя ими, велики,  $\frac{0}{100}$  неудачъ ничтоженъ, способъ простъ и доступенъ и даже по нѣкоторымъ авторамъ результаты лучше, чѣмъ съ ранѣе примѣняемыми способами, такъ что онъ, повидимому, имѣетъ данныя сдѣлаться всеобще употребительнымъ. Grossich говоритъ, что возражать будутъ тѣ, кто не примѣнялъ этого способа, и я думаю, что нельзя съ нимъ не согласиться.

Позволю себѣ сказать нѣсколько словъ о приготовленіи рукъ. Теоретически и здѣсь приложимъ методъ Grossich'a, но едва ли чья кожа вынесетъ это и особенно при значительной работѣ. Многіе хирурги примѣняютъ резиновые перчатки. Весьма хорошій способъ, но небезопасный, особенно съ теоретической точки зрѣнія. Нельзя не согласиться съ проф. Мартыновымъ, который въ преніяхъ по этому вопросу на послѣднемъ IX съѣздѣ хирурговъ утверждалъ, что рези-

новыя перчатки вызываютъ потѣніе рукъ, благодаря чему происходитъ мацерация, разрыхленіе эпидермиса. Скопившійся потъ не стерилень и если случайно перчатка прорвется, можно получить то, чего не желаешь. Взглядъ проф. Мартынова имѣетъ подтвержденіе въ работахъ Р. Ritchie.

Въ нашей клиникѣ принято мыть 10—15 мин. мыломъ и щеткой, мыть спиртомъ и смазывать главнымъ образомъ подногтевыя пространства t. iodі. Бактеріологическія изслѣдованія показали, что послѣ смазыванія t. iodі посѣвы, взятые глубоко изъ-подъ ногтей, не дали роста. Посѣвы, сдѣланные съ необмытыхъ отъ крови рукъ послѣ 30—40 минутъ работы оказались стерильными. Свернувшаяся сыворотка крови отлакировала руки, и такимъ образомъ получилось то, что хотятъ достигнуть перчатками или спиртовымъ растворомъ танина (способъ Татаринова и Заблудовскаго, предложенный на IX съѣздѣ хирурговъ и описанный затѣмъ въ „Хирургіи“). Не слѣдуетъ разрушать эту лакировку, и если надо помыть руки, то лучше, по совету Грекова, сдѣлать это спиртомъ. Если же руки сильно запачканы кровью, то, мнѣ кажется, допустимо вымыть ихъ стерилизованной водой, солевымъ растворомъ, сулемой. Употреблять послѣднюю съ іодомъ не безразлично, ибо получается въ результатѣ іодистая ртуть, которая сильно раздражаетъ кожу, вызывая экзему. Тотчасъ же послѣ мытья водой и пр. слѣдуетъ протереть руки спиртомъ и даже смазать снова іодомъ.

#### Литература.

1. Grossich. Zentralblatt fur Chirurgie, № 44, 1908 г.
  2. Онъ же. Berliner Klinische Wochenschr. № 43, 1909 г.
  3. Грековъ. „Русскій Врачъ“, № 7, 8, 9, 1909 г.
  4. Гальпернъ. Хирургія іюнь, 1909 г.
  5. Guibe. La Presse Médicale 26 мая, 1909 г.
  6. Кузнецкій. Новое въ медицинѣ, № 16, 1909 г.
  7. Peel Ritchie. Archiv für Klinische chirurg., 1909 г.
  8. Ernst. Unger Berlin. Klinisch. Wochensch № 2, 1910 г.
  9. Brewitt. Muenchener Medizin. Wochen. № 6. 1910 г.
  10. Nast.-Kolb. Тамъ же.
  11. Павловскій. Терапевтическое Обзорѣніе № 4, 1910 г.
  12. Спитковскій. Тамъ же.
  13. Ивенсенъ. Медицинское Обзорѣніе (рефератъ IX съѣзда).
  14. Татариновъ и Заблудовскій. Хирургія, Т. XXVII, № 157, 1910 г.
  15. Ивенсенъ. Протоколы Хирургич. Общ. въ Харбинѣ.
  16. E. Gley La Presse Médicale № 57, 1909 г.
  17. Цеге фонъ-Мантейфель. Отчеты по хирургич. помощи на Русско-Японской войнѣ.
-

## По поводу одного случая *Polycythaemia rubra splenomegalica*.

(Предварительное сообщеніе.)

Въ 1892 году Vaquez<sup>1)</sup> описалъ крайне своеобразное заболѣваніе, сопровождавшееся тріадой наиболѣе рѣзкихъ симптомовъ — значительнымъ увеличеніемъ эритроцитовъ, характерной окраской кожныхъ покрововъ („синюхой“) и увеличеніемъ селезенки.

Съ тѣхъ поръ описано уже до 60 такихъ случаевъ и дѣлаются попытки выдѣлить этотъ симптомокомплексъ въ особую нозологическую форму, но тѣмъ не менѣе причина, сущность и развитіе этого заболѣванія до сихъ поръ остаются для насъ въ высокой степени загадочными.

Больного, страдающаго подобнымъ заболѣваніемъ, намъ приходится наблюдать въ данный моментъ, и мы считаемъ небезынтереснымъ подѣлиться своими наблюденіями.

Крестьянинъ Ѳ. Ѳ., по профессіи — портной-хозяинокъ, 44 лѣтъ, очень худощавый субъектъ; окраска его кожи такова, какъ будто онъ только что вернулся изъ бани.

Жалобы его сводятся главнымъ образомъ къ слабости, головной боли, опухоли въ лѣвомъ подреберьѣ.

Боленъ 7 лѣтъ. Живетъ постоянно въ Москвѣ. Помѣщеніе, которое онъ занимаетъ, сухое, теплое, въ деревянномъ домѣ, находится на 2-мъ этажѣ; отхожее мѣсто — теплое. Не купается. Ежедневно бываетъ въ банѣ, прохладной, такъ какъ горячую баню переноситъ плохо — появляются одышка и плохое самочувствіе. Одежду носить по сезону. Куритъ до 15 — 20 папирозъ въ день. Чай пьетъ раза 4 въ день по 2 стакана. Раньше злоупотреблялъ спиртными напитками, за послѣднія 10 лѣтъ ихъ совсѣмъ не пьетъ. Жажду утоляетъ чаемъ, молокомъ. Пища — свѣжая, въ достаточномъ количествѣ (супъ, мясо, каша, картофель). Постовъ не соблюдаетъ. По ночамъ отдыхаетъ часовъ 8 — 9. Днемъ раньше не отдыхалъ, но за послѣднее время, вслѣдствіе слабости, неоднократно долженъ пользоваться отдыхомъ. На воздухъ бываетъ мало, больше проводитъ время въ закрытомъ помѣщеніи.

Status praesens отъ 29 III 1910. Аппетитъ ослабленъ. Жажда не повышена. Языкъ чистый, влажный, зубы — почти всѣ каріозные. Глотаніе не затруднено.

Желудокъ. — Послѣ пріема пищи иногда ощущается тяжесть подъ ложечкой. Бываютъ боли въ подложечной области. Отрыжка — воздухомъ. Изжоги — нѣтъ. Довольно часто — тошнота. Что касается рвоты, см. анамнезъ. Упорные запоры — постоянно прибѣгается къ помощи клизмъ. Гемморoidalныхъ явленій не имѣется.

Животъ вообще — не вздутъ; сильная болѣзненность въ области печени и селезенки.



Печень выступает изъ-подъ края ребра на 3—4 пальца; ровная; значительная чувствительность. Желчный пузырь — не увеличенъ, не болѣзненъ. Желтухи не было.

Селезенка доходитъ до пупка, сильно чувствительна, ровная, съ небольшою выпуклостью. Маляріей — не страдалъ.

Мочеиспусканіе не затруднено, безболѣзненно. Цвѣтъ мочи свѣтло-желтый; она — прозрачна; кислой реакціи уд. в. 1014. Бѣлка и сахара — нѣтъ. Въ осадкѣ ураты, клѣтки плоскаго эпителия. Небольшая реакція на уробилинъ. Бленнорею и lues — отрицаетъ. (Реакція Wasserman'a — положительный результатъ: по Цитрону = +, по Финкельштейну = 20%).

Органы дыханія. Насморка нѣтъ. Носовыя кровотеченія — довольно рѣдко бывають. Кашля, кровохарканій — нѣтъ. Небольшая одышка при движеніи.

При перкуссіи — ясный звукъ, при аускультациі везикулярное дыханіе.

Органы кровообращенія. Временами бываетъ сердцебиеніе. Границы сердца слегка увеличены. Тоны глуховаты; шумовъ нѣтъ. Пульсъ 100, больше, чѣмъ среднее напряженіе. Сосуды жестки. Давленіе по Riva-Rocci = 175.

Нервная система. Упорныя головныя боли. Частыя головокруженія. Очень плохой сонъ — безъ наркотиковъ обычно спать не можетъ. Угнетенное настроеніе духа. Память слабѣетъ. Рефлексы — нормальны.

Зрѣніе strabismus convergens, слабѣетъ. Слухъ и обоняніе — нормальны.

Sternum и длинныя трубчатыя кости — крайне болѣзненны.

Общій видъ покрововъ, какъ будто онъ пришелъ изъ бани.

Состояніе питанія плохое. Потовъ не бываетъ.

Шейныя и паховыя лимфатическія железы увеличены, не болѣзненны.

Температура = 36,6.

Вѣсъ тѣла = 3 пуд. 3½ фунт.

Реакція Pirquet'a и Calmette'a — отрицательный результатъ.

#### Кровотвореніе:

1907 г.	Январь.	Нб. 100%	эритроцит. = 5,700,000,	Лейкоцит.	25,000
"	8 марта	" 120%	" 6,000,000	"	21,500
"	17 марта	" 115%	" 5,660,000	"	26,020
"	28 марта	" 108%	" 4,860,000	"	27,860
"	3 апрѣля	" 112%	" 4,500,000	"	11,540
(Формула: полинуклеары 69%, лимфоциты 30%, эозинофилы 1%, міэлоциты, эритробласты.)					
1909 г.	16 ноября	140%	(по Sahli) 6,980,000		25,160
(Формула: полинуклеары 84—83%, одноядерные 13%, лимфоциты — около 1%—3 на 400)					
	2 декабря	120,5%	(Micher-Fl.) абс. 16,6%; 6,980,000		26,140
	12 декабря	153%	(Mich.-Fl.) " 21,1%; 8,100,000		27,750
1910 г.	5 января	150%	(по Sahli); 8,340,000		27,680
	30 января	140%	(по Sahli); 7,240,000		28,510
(отнош. 1:254)					
	2 февраля	140%	(по Sahli); 9,640,000		23,980
	4 февраля	160%	(по Mich.-Fl.) 9,000,000		25,160
	15 марта	120%	(Sahli) 7,780,000		19,170
Давленіе по Riva-Rocci = 140					
	25 марта	130%	(Sahli) 8,840,000		20,100
Давленіе по Riva-Rocci = 140					
	11 апрѣля	140%	(Sahli) 12,340,000		20,510
Давленіе по Riva-Rocci = 175					

#### Анамнезъ.

Наслѣдственность: отецъ умеръ отъ холеры, злоупотреблялъ алкоголемъ, вообще же пользовался хорошимъ здоровьемъ. Мать умерла въ преклонныхъ годахъ. Два брата и сестра — крѣпкаго здоровья. 1 братъ, сильно злоупотреблявшій алкоголемъ, на 40-мъ году умеръ отъ туберкулеза.

Предшествующія заболѣванія: въ дѣтствѣ перенесъ корь, оспу; страдалъ золотухой. На 20-мъ году перенесъ горячку — лежалъ въ больницѣ мѣсяца  $1\frac{1}{2}$ . На 40-мъ году — дважды перенесъ воспаленіе легкихъ. Въ это время ему было сдѣлано (почему? — неизвѣстно) 8 втираній ртутной мази и давали іодистый калий. Раньше злоупотреблялъ алкоголемъ, за послѣднія 10 лѣтъ, какъ уже было отмѣчено, совершенно не употребляетъ спиртныхъ напитковъ.

Настоящее заболѣваніе. Уже 9 лѣтъ больной жалуется на частое появленіе головной боли, особенно послѣ усиленной работы. Лѣтъ 6 тому назадъ, при утомленіи, стали появляться колющіе боли въ лѣвомъ боку. Обычно онѣ продолжались нѣсколько часовъ, а затѣмъ стихали. Въ дальнѣйшемъ — приступы болей становились все сильнѣй. Больной тогда обратился къ врачу, который назначилъ ему *Arsenicum*, но особеннаго улучшенія не наступило. Боли такимъ образомъ продолжались съ перемѣнной силой. 4 года тому назадъ больной самъ замѣтилъ, а равно и врачомъ была констатирована у него опухоль въ лѣвомъ боку (селезенка). Больного лѣчили какими-то каплями, пилюлями, смазываніями іода, компрессами изъ водки и спирта. Компрессы успокаивали боль, но въ общемъ положеніе больного оставалось прежнимъ. Опухоль понемногу увеличивалась. Осенью 1905 года у него была кровавая рвота: послѣ обѣда онъ выпилъ горячаго чая, и сейчасъ же, по словамъ его, начало „дуть“ животъ, какъ будто онъ выпилъ стакановъ 10, появилась боль подъ ложечкой и рвота пищей, а затѣмъ кровью, около 3-хъ стакановъ. До этого времени сильныхъ болей въ подложечной области, равно и въ послѣдующіе за рвотой дни не было. Крови въ испражненіяхъ больного не видали. Сильно ослабѣлъ. Послѣ лѣченія (какимъ-то порошкомъ, Виши) онъ нѣсколько оправился, но боль и опухоль въ лѣвомъ боку оставались. Съ небольшими колебаніями въ обѣ стороны дѣло тянулось до 19 января 1907 года, когда снова появилась рвота съ кровью: поужинавъ, больной легъ спать, появилась тошнота, затѣмъ рвота пищей, а въ концѣ — кровью, кровь была темная (около 3-хъ стакановъ). Боли въ подложечной области не было въ послѣдующіе дни. На другой день послѣ рвоты, вслѣдъ за сильнымъ головокруженіемъ (больной едва не упалъ), его прослабило съ кровью. На третій день утромъ при испражненіи снова вышло около одного стакана чистой темной крови. Онъ сильно ослабѣлъ и рѣшилъ лечь въ больницу, куда обратился 26 января 1907 года и гдѣ пробылъ до 16 февраля того же года. Ему было сдѣлано 20 инъекцій *arsenicі*. Повидимому, нѣсколько оправился. Затѣмъ ему было сдѣлано 2 сеанса рентгенизаціи. Боль въ груди, лѣвомъ боку и слабость продолжались и послѣ того какъ онъ выписался изъ больницы, почему больной вторично 7 марта 1907 года обратился въ Императорскую Екатерининскую больницу.

Исслѣдованія крови, произведенныя въ то время, указаны выше. Селезенка за это время прощупывается, выходитъ изъ-подъ края реберъ на ладонь, очень плотная. Паховыя железы также были увеличены. Температура колебалась отъ 35,8 до 36,9. Пульсъ отъ 70 до 92. Лѣченіе: рентгенизація (8 разъ) и *injectiones arsenicі*.

5-го апрѣля 1907 года больной выписался: селезенка какъ будто уменьшилась и стала менѣе плотной; составъ крови измѣнился мало, въ вѣсѣ прибавило до 5 фунтовъ.

Выписавшись изъ клиники, больной отправился лѣтомъ въ деревню, гдѣ значительно поправился: пополнѣлъ, боли въ костяхъ почти исчезли, явленія неврастеническаго характера уменьшились. За вторую половину 1907 г., за 1908 и за 1909 гг. онъ принималъ нѣсколько разъ азіатскія пилюли, продѣлалъ курсъ инъекцій *Atoxyl'a*, 2 курса лѣченія іодистымъ натромъ. Временами наступало улучшеніе, въ связи съ принятіемъ лѣкарствъ и отдыхомъ, временами ухудшеніе. Въ виду того, что состояніе его здоровья въ общемъ скорѣе ухудшалось, чѣмъ улучшалось, онъ 15-го ноября 1909 года вновь вынужденъ былъ обратиться въ Императорскую Екатерининскую больницу, гдѣ и пробылъ до 8-го декабря того же года.

Исслѣдованія крови, произведенныя въ то время, отмѣчены выше. За это время отмѣчалось: постоянные запоры; печень, увеличенная на 3 пальца, ровной поверхности, плотная, нѣсколько чувствительная; селезенка ровная, плотная, доходящая до пупка, съ небольшою вырѣзкой; въ мочѣ, кромѣ реакціи (временами) на уробилинъ, отмѣтить чего-

либо патологического нельзя было. Небольшая одышка, незначительное сердцебиение. Пульсъ отъ 84 до 100. Постоянныя головныя боли, частыя головокруженія, отсутствіе сна, рѣзкая болѣзненность *sternum*, цвѣтъ кожныхъ покрововъ человѣка, вернушагося изъ бани. Температура отъ 35,8 до 36,8. За время пребыванія больного въ клиникѣ ему было сдѣлано 20 инъекцій *Arsenicі*. Область селезенки и печени смазывалась іодомъ съ гваяколомъ въ виду сильной болѣзненности. Въ виду отсутствія сна—*Natrum bromatum* и *Codeinum*, а вслѣдствіе тошноты, отсутствія аппетита — *t-ra strychni*, *Condurango*, *Coto*. При головныхъ боляхъ *Phenacetin* съ *Coffein*омъ. За время пребыванія въ больницѣ больной прибавилъ въ вѣсѣ на 3 фунта, но въ общемъ состояніе его здоровья осталось безъ перемѣнъ. Выписавшись, больной принималъ слабительныя средства, ставилъ клизмы и однажды были ему поставлены, въ виду упорныхъ головныхъ болей, 4 піявки къ копчику.

29 января 1910 года больному снова было предложено лечь въ клинику.

Въ клиникѣ ему было сдѣлано: 2 венесекціи—одна—въ 200,0, другая—въ 350,0. Неоднократно давалось *Inf. sennae sal*, среднія соли, *Phenacetin*, *Natrum bromatum*, *Codeinum*. Область селезенки смазывалась іодомъ съ гваяколомъ.

Первыя субъективныя ощущенія этого заболѣванія обычно сводятся къ слѣдующему: слабость, потеря силъ и работоспособности, головныя боли различной интенсивности, тяжесть въ головѣ и вообще въ тѣлѣ, приливы крови къ головѣ, головокруженія, потеря аппетита, тошнота, запоры, рѣдко поносы, нервныя явленія: апатія, нервозность, отсутствіе сна; склонность къ кровотеченіямъ изъ носа, десенъ, желудочно-кишечнаго тракта, легкихъ, мочевого аппарата, внутреннія кровоизліянія, кровоизліянія въ кожу; боли въ лѣвомъ подреберьѣ то колющія, то тупыя, иногда больнымъ бросается въ глаза опухоль въ лѣвомъ подреберьѣ и, наконецъ, своеобразная окраска слизистыхъ и кожныхъ покрововъ.

Обычно больные указываютъ на то, что болѣзнь ихъ продолжается уже давно—и 5, и 10 лѣтъ, а иной разъ и больше.

Болѣзнь эта затрогиваетъ и мужчинъ, и женщинъ, хотя первыхъ въ литературѣ отмѣчается значительно больше, чѣмъ вторыхъ.

Возрастъ, повидимому, не играетъ большой роли, хотя все-таки этотъ недугъ больше наблюдается у лицъ средняго возраста, быть можетъ потому, что развиваясь къ этому времени сильнѣе, заставляетъ больныхъ прибѣгнуть къ помощи врача.

У одного изъ авторовъ <sup>43)</sup> имѣются намеки и на наслѣдственность.

Итакъ, тріада симптомовъ, характеризующихъ это заболѣваніе,—рѣзкое увеличеніе красныхъ кровяныхъ шариковъ, своеобразное окрашиваніе слизистыхъ и кожныхъ покрововъ и, наконецъ, увеличеніе селезенки.

Обратимся сперва къ этому своеобразному „ціанозу“, который такъ рѣзко иной разъ бросается въ глаза при первомъ объективномъ изслѣдованіи.

Этотъ „ціанозъ“—не тотъ ціанозъ, который встрѣчается при сердечныхъ и легочныхъ болѣзняхъ; и здѣсь слово „ціанозъ“—совершенно неумѣстное выраженіе, вносящее лишь путаницу, такъ какъ оно обычно употребляется для окраски кожи, которая обладаетъ со-

всѣмъ другимъ оттѣнкомъ, вызывается другой причиной и имѣетъ другое значеніе. Собственно ціанозъ, который появляется при заболѣваніяхъ органовъ кровообращенія или дыхательныхъ органовъ, характеризуется болѣе синеватой окраской, въ то время какъ при данномъ заболѣваніи эта окраска, какъ мы увидимъ ниже, другого вида.

Türk <sup>2)</sup> употребляетъ слово ціанозъ въ кавычкахъ — Polycythämie mit Milztumor und „Zyanose“. Различные авторы употребляютъ различное описательное выраженіе этой окраски. Stern <sup>3)</sup> говоритъ, что у больного было „echauffiert Aussehen“, красноватый, красновато-синій, синевато-красный оттѣнокъ, а иногда, по его мнѣнію, эта окраска соответствуетъ тому виду, который бываетъ при воспаленіи. Hirschfeld <sup>4)</sup> сообщаетъ про своего больного, что „краснота его была такой, какъ будто бы онъ все время краснѣлъ отъ стыда“. Lommel <sup>5)</sup> — „больной боялся показываться среди людей, такъ какъ всегда выглядывалъ пьянымъ“, лицо его было ярко красно, не ціанотического оттѣнка, а скорѣе „echauffiert“; далѣе тотъ же Lommel <sup>6)</sup> называетъ этотъ цвѣтъ вишнево-краснымъ, только, говоритъ, губы больного были ціанотичны. Въ случаѣ Bence <sup>7)</sup> — темно-вишнево-краснаго оттѣнка. Weintraud <sup>8)</sup> отмѣчаетъ, что наблюдается своеобразная темно-красная окраска щекъ, лба и ушей, которые не такъ сини, какъ хотя бы у сердечныхъ больныхъ, но которые цвѣтомъ болѣе напоминаютъ конгестіи хроническихъ алкоголиковъ.

Окраску кожныхъ покрововъ у своего больного мы охотнѣе всего сравнили бы съ цвѣтомъ кожи человѣка, вернушагося изъ бани.

Отмѣтимъ вмѣстѣ съ тѣмъ и то обстоятельство, что изрѣдка наблюдались и случаи безъ этого специфическаго окрашиванія, какъ, напр., въ случаяхъ Osler'a <sup>9)</sup>, Zaudy <sup>10)</sup>, Moutard-Martin и Lefas <sup>11)</sup>, Weber'a <sup>12)</sup> и друг. Въ случаѣ Cominotti <sup>13)</sup> — только скулы ціанотичны, видимыя слизистыя оболочки блѣдно-грязноватой окраски. Нѣкоторыми авторами наблюдалась пигментация бронзообразная или бурыми пятнами, иногда эта пигментация имѣетъ такой видъ, какъ будто она осталась отъ выступленія крови.

Эта своеобразная окраска („синюха“) не вездѣ равномерно распределена, она обычно сильнѣе всего бываетъ выражена на лицѣ, ушахъ, периферіи конечностей, нерѣдко и на груди. По наблюденіямъ Beskzeň <sup>14)</sup>, она наиболѣе рѣзко выражена на лицѣ и дистальныхъ частяхъ конечностей, а туловище, верхняя часть рукъ и ногъ могутъ быть совершенно лишены этой окраски. У больного Vaquez и Laubry <sup>15)</sup> наблюдалось какъ 1-ый признакъ болѣзни, маленькое красное пятно на лбу.

Весьма многіе авторы отмѣчаютъ измѣненіе окраски слизистыхъ оболочекъ губъ, неба, языка, и, что особенно важно, покрасненіе голосовыхъ связокъ, а это при синюхахъ другого происхожденія обычно не наблюдается. Такъ въ случаѣ Kraus'a <sup>16)</sup> слизистая оболочка рта, гортани, *adlytus ad laryngeam*, ложныхъ и истинныхъ голосовыхъ

связокъ въ высокой степени „темно-краснаго“ (*sehr düster roht*) цвѣта. Наравнѣ съ этимъ авторомъ весьма многіе изъ описавшихъ это заболѣваніе отмѣчаютъ аналогичное явленіе.

Кожа всюду имѣетъ сильный *turgor*, при надавливаніи она становится не мертвенно-блѣдной, но сохраняетъ, по крайней мѣрѣ, на лицѣ слегка красноватый, можно сказать, здоровый оттѣнокъ (*Weintraud*)<sup>8)</sup>. Тотъ же *Weintraud*<sup>8)</sup> предлагаетъ вмѣсто „ціаноза“ употреблять „*erythrosis*“, „*rubor*“, но вполне справедливо этотъ же авторъ и другіе (*Рубинштейнъ*)<sup>17)</sup> отмѣчаютъ, что при данномъ заболѣваніи поблѣднѣвшій участокъ, послѣ надавливанія на кожу, лишь медленно принимаетъ свой прежній видъ, въ то время какъ кожа при острой гипереміи послѣ надавливанія снова краснѣетъ быстро.

Часто одновременно съ этой своеобразной окраской находится расширение тончайшихъ венъ, подобное тому, какъ отмѣчаетъ *Reckzeh*<sup>14)</sup>, можно наблюдать у кашляющихъ на мѣстѣ прикрѣпленія діафрагмы или на спинѣ между лопатками. Въ случаѣ у *Lommel*'я вены также сильно развиты, наполнены, артеріи толсты, сильно змѣевидны; въ случаѣ *Vaquez* и *Laubry*<sup>15)</sup>—на лбу, носу, ушахъ обозначался вѣнчикъ маленькихъ сосудовъ, которые вызывали картину *acne rosaceae*. *Stern*<sup>3)</sup> отмѣчаетъ, что не всегда вены бываютъ равномерно расширены и вмѣстѣ съ тѣмъ указываетъ, что ретинальныя вены въ его случаѣ были расширены. Не перечисляя остальныхъ авторовъ, имѣвшихъ возможность наблюдать это заболѣваніе, мы можемъ сказать, что за весьма рѣдкимъ исключеніемъ, они всѣ отмѣчаютъ расширение мелкихъ сосудистыхъ развѣтленій или венъ,—къ этому явленію мы еще разъ вернемся нѣсколько ниже.

Откуда же эта окраска, которая играетъ такую превалирующую роль въ симптомокомплексѣ этой болѣзни и которую, тѣмъ не менѣе, *Vaquez*<sup>1)</sup> и *Türk*<sup>2)</sup> считаютъ за случайное явленіе?

*Bence*<sup>7)</sup>, который опредѣлялъ точку замерзанія крови по методу *Karányi*<sup>18)</sup>, пониженіе точки замерзанія является или нормальной или субнормальной (—0,54; —0,56;<sub>3</sub>; —0,56) по *Weber*'у<sup>19)</sup> = —0,53. Такой результатъ изслѣдованія крови совершенно опредѣленно говорить, какъ справедливо полагаетъ *Bence*<sup>7)</sup>, противъ застоя  $\text{CO}_2$  въ крови. Ціанозъ, слѣдовательно, не является слѣдствіемъ увеличеннаго содержанія  $\text{CO}_2$  въ крови. Далѣе, по тому же *Bence*<sup>7)</sup>, спектроскопъ не открываетъ присутствія  $\text{MtHb}$ . Кровь въ I и II случаяхъ его, какъ и нормально, содержала преобладаніе  $\text{OHb}$ . Отсюда ясно, что измѣненіе окраски кожи не происходитъ отъ измѣненія окраски  $\text{Hb}$ .

*Türk*<sup>2)</sup> съ своей стороны держится той точки зрѣнія, что „ціанозъ“ является слѣдствіемъ переполненія периферическихъ сосудовъ кровью, содержащей  $\text{OHb}$ .

Одной изъ дальнѣйшихъ причинъ этой окраски *Türk*<sup>2)</sup> считаетъ сильное расширение периферическихъ сосудовъ.

„Ціанозъ,—говоритъ онъ,—основывается не на присутствіи боль-

шого количества Нв, свободного отъ О, а исключительно на переполненіи доступныхъ нашему наблюденію областей сосудовъ кровью, въ огромной степени содержащей О—Нв. Въ высокой степени богатая красочнымъ веществомъ крови, въ высокой степени расширенные сосуды, по моему мнѣнію, продолжаетъ онъ дальше, являются причиной окраски. Если одна изъ этихъ причинъ отсутствуетъ, то окраска уже не имѣется“.

Позволю себѣ здѣсь указать на результатъ вскрытій больныхъ, погибшихъ отъ даннаго заболѣванія.

II и IV случаи Türk'a <sup>2)</sup>, случай Weber'a и Watson'a <sup>20)</sup>, Breuer'a <sup>21)</sup>, Lommel'a <sup>22)</sup>, Hirschfeld'a <sup>23)</sup>, Glaessner'a <sup>24)</sup>, Westenhoeffler'a <sup>25)</sup>, Фейншмидта <sup>26)</sup>, всѣ они говорятъ о чрезвычайномъ наполненіи всѣхъ внутреннихъ органовъ кровью. Въ случаѣ Westenhoeffler'a <sup>25)</sup>, напри- мѣръ, просвѣтъ сосудовъ въ почкахъ превосходилъ просвѣтъ канальцевъ, такъ что микроскопическая картина производила впечатлѣніе, будто канальцы образуютъ сѣть вокругъ красныхъ, переполненныхъ кровью капилляровъ, у Hirschfeld'a <sup>23)</sup> было такое ненормальное переполненіе кровяныхъ сосудовъ красными кровяными шариками что они наполняли не только вены, но и артеріи.

При вскрытіи, произведенномъ проф. Мельниковымъ - Разведенковымъ <sup>23)</sup>, установлено: *Hyperaemia venosa et oedema meningum et cerebri... ecchymoses subpleurales, oedema pulmonum et hyperaemia... induratio cyanotica lienis. Hyperaemia venosa lienis. Nephritis haemorrhagica acuta... ecchymoses pelvis renum... Purpura haemorrhagica cutis.*

Ненормальное переполненіе кровью сосудовъ бываетъ подчасъ такъ рѣзко выражено, что многіе авторы говорятъ о *plethora vera*.

Hirschfeld <sup>23)</sup> такъ пишетъ: „Сильный ціанозъ и наполненіе всѣхъ органовъ огромнымъ количествомъ крови, несмотря на то, что лѣвая плевральная полость содержала около 2-хъ литровъ чистой крови. При этомъ вскрытіи можно говорить, только о *plethora vera* тѣмъ болѣе, если принять во вниманіе, что *intra vitam* были взяты большія количества крови (500 и 920 cc.)“. Въ пользу этого же говорить и тотъ установленный при этомъ вскрытіи фактъ, о которомъ я упоминалъ нѣсколько выше, что не только артеріи, но и вены были переполнены красными кровяными шариками.

Westenhoeffler <sup>25)</sup> болѣе подробно развиваетъ мысль о *plethora vera*. *Plethora vera* при данномъ заболѣваніи, по его мнѣнію, ничего не имѣетъ общаго съ тѣмъ состояніемъ переполненія кровью въ организмъ, которое наступаетъ хотя бы при болѣзняхъ сердца или при какихъ-нибудь другихъ заболѣваніяхъ, имѣющихъ своимъ слѣдствіемъ явленія застоя, оно далеко ничего не имѣетъ общаго съ такъ называемымъ „полнокровіемъ“ людей, которые вслѣдствіе обильнаго питанія имѣютъ болѣе или менѣе переходящее переполненіе кровью; описываемое же нами заболѣваніе ни въ коемъ случаѣ нельзя назвать переходящимъ, но слѣдуетъ думать, что если оно наступаетъ, то оно

является уже постояннымъ и неизбежно ведетъ къ смерти. Поэтому, выраженіе „plethora vera“ Westenhoeffler <sup>25)</sup> рекомендуетъ только для описываемаго заболѣванія, съ чѣмъ, повидимому, нельзя не согласиться. Что общее количество увеличено, хотятъ доказать результатами патологоанатомическихъ вскрытій, находя, что увеличеніе красныхъ кровяныхъ шариковъ во всемъ организмѣ—равномѣрно; сгущеніе крови нельзя допустить, такъ какъ удѣльный вѣсъ кривяной сыворотки скорѣе пониженъ; и, наконецъ, увеличеніе количества крови доказывается прямыми изслѣдованіями по методу Haldanes <sup>26)</sup>.

Вторымъ признакомъ интересующаго насъ заболѣванія является увеличеніе селезенки. Заранѣе укажемъ, что увеличеніе ея отмѣчается не во всѣхъ зарегистрированныхъ случаяхъ. Collins <sup>27)</sup>, Cabot <sup>28)</sup> Kikouchi <sup>30)</sup> не нашли увеличенія селезенки даже на вскрытіи. Türk <sup>2)</sup> у 2-хъ своихъ больныхъ не могъ найти увеличенія селезенки, и лишь на секціонномъ столѣ могъ отмѣтить только хроническое незначительное ея увеличеніе. Можно указать еще на случаи Blumental'я <sup>30)</sup>, Zamfirescu <sup>31)</sup>, Reckzeh <sup>14)</sup>, Osler'a <sup>9)</sup> и Frommherz'a <sup>32)</sup>, гдѣ тоже не отмѣчается увеличеніе селезенки. Во всѣхъ же остальныхъ описанныхъ случаяхъ отмѣчается подчасъ огромное ея увеличеніе, напри- мѣръ, въ томъ случаѣ, который намъ приходится наблюдать, селезенка прямо-таки поражаетъ своими чрезвычайными размѣрами—если больного положить въ покойной позѣ, животомъ кверху на койкѣ, то легко можно видѣть ея очертанія; селезенка нашему больному уже издавна стала давать знать о себѣ болями, иной разъ довольно сильными, — а нѣсколько позднѣе (года два спустя) больной свободно сталъ самъ ощупывать „опухоль“ въ лѣвомъ подреберьѣ. Величина селезенки этого больного, хотя и медленно, но изъ года въ годъ неудержимо прогрессируетъ; она довольно плотной консистенціи, ровной поверхности, какихъ-либо бугровъ констатировать нельзя, лишь на нижнемъ ея краѣ отмѣчается небольшая вырѣзка; при ощупываніи она нѣсколько болѣзненна, а временами, какъ уже было упомянуто, и самостоятельно беспокоить больного.

Collins <sup>27)</sup>, Türk <sup>2)</sup>, Weber и Watson <sup>20)</sup>, Hochhaus <sup>33)</sup>, Askoli <sup>34)</sup>, Axel Blad <sup>35)</sup>, Jul. Bence <sup>7)</sup>, Kraus <sup>16)</sup>, Schmidt <sup>36)</sup>, Köster <sup>37)</sup>, Hutchinson и Miller <sup>38)</sup>, Senator <sup>39)</sup>, Engelbach и Brown <sup>40)</sup>, Schmilinsky <sup>41)</sup> и другіе всѣ (кромѣ вышеупомянутыхъ авторовъ) отмѣчаютъ большее или меньшее увеличеніе селезенки,—одни говорятъ о колоссальныхъ ея размѣрахъ, другіе, что она еле прощупывалась изъ-подъ края реберъ, и лишь весьма немногіе отмѣчаютъ, какъ мы видѣли, что она не была увеличена.

Увеличенію селезенки въ патогенезѣ и развитіи, этой своеобразной формы заболѣванія придавалось еще не такъ давно чрезвычайное значеніе, въ ней видѣли корень всего зла и больнымъ предлагалась экстирпація селезенки, какъ радикальное лѣченіе но обычно больные не соглашались на оперативное вмѣшательство.

Въ 1900 году Cominotti: <sup>13)</sup> удалилъ у одной больной селезенку, а чрезъ 7 лѣтъ нашелъ у нея всѣ тѣ же явленія, какъ и до операціи. Тотъ же успѣхъ въ аналогичномъ случаѣ имѣлъ и Дерюжинскій <sup>17)</sup>; а больной Axel'я Blada <sup>35)</sup> въ 1905 году послѣ экстирпаціи селезенки погибъ.

Селезенкѣ въ патогенезѣ этого заболѣванія особенно большое значеніе придавали французскіе авторы (Moutard-Martin и Lefas <sup>11)</sup>, Widal и Rendu <sup>18)</sup>), которые въ фиброзно-творожистомъ туберкулезномъ пораженіи этого органа видѣли собственно причину болѣзни,—выпаденіе функций, вслѣдствіе указаннаго процесса, селезенки вызываетъ, по ихъ мнѣнію, усиленіе функциональной дѣятельности крове-творящаго мозга,—правда, Lefas <sup>19)</sup> въ своей диссертациі, посвященной разбору этой болѣзни, причину возникновенія ея видитъ не въ первичномъ заболѣваніи туберкулезомъ самой селезенки, но въ переходѣ этого процесса съ нея на печень.

Bayer <sup>43)</sup> разсмотрѣлъ 28 оперированныхъ и вскрытыхъ случаевъ первичнаго туберкулеза селезенки, изъ этихъ 28 случаевъ въ 5—число эритроцитовъ было сосчитано: въ 3-хъ можно было доказать повышеніе числа эритроцитовъ (отъ 6 до 8 милл.), въ остальныхъ же напротивъ,—число эритроцитовъ равнялось 4 495.000 и даже 3.200.000. Рискованно было бы, поэтому, проводить строгую причинную связь между этимъ заболѣваніемъ и туберкулезомъ селезенки.

Чтобы уже не возвращаться къ этой точкѣ зрѣнія, мы укажемъ на то, что въ подавляющемъ количествѣ случаевъ не были констатированы туберкулезныя пораженія не только селезенки, но и вообще какого бы ни было органа, такъ, въ нашемъ случаѣ какъ реакція Calmett'a, такъ и реакція Pirquet'a одинаково дали отрицательные результаты,—приводить отдѣльные случаи въ подтвержденіе этого факта значило бы привести весь (за очень малымъ исключеніемъ) матеріалъ.

Правда, разъ селезенка еще *intra vitam* отмѣчается увеличенной, большой или огромныхъ размѣровъ (въ нашемъ случаѣ нѣсколько ниже пупка или въ случаѣ Türk'a <sup>2)</sup>—отъ VIII ребра до *sp. ant ossis ilei*), то уже *a priori* нужно имѣть въ виду возможность анатомическихъ измѣненій въ этомъ органѣ; эти измѣненія, какъ мы сейчасъ увидимъ, совершенно другого характера и имѣютъ, пожалуй, то же значеніе, какъ и окраска кожныхъ покрововъ, о которой мы уже говорили.

Въ нѣкоторыхъ случаяхъ анатомическія измѣненія въ селезенкѣ сводятся къ гиперплазіи какъ мякоти, такъ и соединительной тканн, какъ то констатируется, напри- м., Breuer'омъ <sup>21)</sup>, Weber'омъ и Watson'омъ <sup>20)</sup> (между прочимъ, при самомъ тщательномъ гистологическомъ изслѣдованіи туберкулезныхъ измѣненій въ селезенкѣ найти не удалось), а равно какъ тѣ же измѣненія и Axel Blad <sup>35)</sup> отмѣчаетъ въ своемъ случаѣ, въ иныхъ же — наблюдалось и стекловидное



перерождение сосудовъ, могущее вызвать полную закупорку ихъ и образование некротическихъ участковъ, что имѣетъ мѣсто, наприм., въ случаѣ Türk'a <sup>2)</sup>.

Въ случаѣ Hutchinson'a и Miller'a <sup>38)</sup> мы имѣемъ переполнение кровью синусовъ, крайне малую величину и гіалиновое перерождение Мальпигіевыхъ тѣлъ, въ случаѣ Файншмидта <sup>26)</sup> имѣется затвердѣніе селезенки, гиперплазія и гиперемія ткани, малыя, какъ бы атрофированныя, Мальпигіевы тѣла съ гіалиновымъ перерожденіемъ ихъ, а Hirschfeld <sup>23)</sup> въ своемъ случаѣ отмѣчаетъ вмѣстѣ съ переполненіемъ пульпы и сосудовъ кровью міелоидное перерождение ткани селезенки.

„Увеличение селезенки, которая въ нашемъ случаѣ, говоритъ Westenhoeffler <sup>25)</sup>, имѣетъ размѣры  $16 \times 10,5 \times 6,5$  (на нижнемъ полюсѣ) и 41 см. (на нижнемъ) я сталъ бы считать просто какъ естественное слѣдствіе гиперплазіи костнаго мозга (объ этомъ у насъ будетъ рѣчь ниже), которое не стоитъ ни въ какой прямой этнологической связи съ болѣзью въ собственномъ смыслѣ. Этому соотвѣтствуетъ также микроскопическое изслѣдованіе, которое во всѣхъ частяхъ даетъ вполнѣ нормальное отношеніе; нельзя даже видѣть больше пигмента и пигментъ содержащихъ клѣтокъ, чѣмъ въ каждой нормальной селезенкѣ; лимфатическіе узелки ея въ сравненіи съ увеличенной пульпой малы“.

Дальнѣйшее изслѣдованіе этой селезенки принадлежитъ Hans'у Hirschfeld'у <sup>4)</sup>. Селезенка увеличена, незначительная степень міелоиднаго перерожденія въ смыслѣ лейкопозы, но количество ядросодержащихъ красныхъ тѣлецъ такъ незначительно, что можно думать о возможности вмыванія. Во всякомъ случаѣ достовѣрно, что, даже при предположеніи образованія нормобластовъ въ селезенкѣ, она все-таки не принимала замѣтнаго участія въ образованіи красныхъ кровяныхъ шариковъ. Клѣтки, содержащія кровяныя тѣльца, почти совершенно отсутствуютъ, въ то время какъ въ ранѣе описанномъ случаѣ Hirschfeld <sup>23)</sup> нашелъ ихъ въ большомъ количествѣ.

Фолликулы сравнительно съ нормой были значительно уменьшены, пульпа же, напротивъ, была гипертрофирована. Въ общемъ, резюмируетъ Hirschfeld, получается впечатлѣніе, что значительная величина селезенки главнымъ образомъ обуславливается богатствомъ кровью. Селезенка не принимаетъ участія—въ ней незамѣтно ничего достойнаго съ этой стороны вниманія.

Въ ранѣе описанной селезенкѣ,—въ ней между прочимъ была найдена большая киста съ кроваво-серознымъ содержимымъ и совершенно никакихъ указаній на туберкулезныя пораженія, — количество кровяного пигмента было особенно увеличено, pulpa и сосуды были туго набиты красными кровяными клѣтками; почти всюду можно было доказать присутствіе міелоиднаго перерожденія, узнаваемого по кругло- и лопастеобразнымъ ядернымъ нейтро- и эозофильнымъ лей-

коцитамъ; и особенно достойно, подчеркиваетъ онъ, вниманія найденное міелооидное измѣненіе селезенки, которое доказываетъ, что и этотъ органъ можетъ принимать участіе въ возникновеніи данной картины крови.

Въ томъ же случаѣ, патолого-анатомическую картину котораго могли дать намъ Hutchinson и Miller <sup>38)</sup>, въ селезенкѣ, какъ ненормальное, можно отмѣтить присутствіе эозинофильныхъ клѣтокъ (при жизни—было отмѣчено 3,6% эозинофиловъ) и міелоцитовъ, а также нѣкоторое количество образующихъ нормобластовъ очаговъ.

Glaessner <sup>24)</sup> въ той же селезенкѣ, которую онъ имѣлъ возможность изучать, ни міелоидной, ни эритробластической метаплазії не могъ отмѣтить.

Селезенкѣ придавалось огромное значеніе, на ней многіе авторы думали базировать патогенезъ этого заболѣванія, но все-таки мы должны сейчасъ присоединиться къ мнѣнію Senator'a <sup>39)</sup>, что вопросъ о значеніи увеличенія селезенки въ данномъ случаѣ недостаточно со-зрѣлъ,—Hirschfeld видѣлъ и изучалъ двѣ селезенки,—одна селезенка, по его мнѣнію, могла сыграть нѣкоторую роль въ возникновеніи заболѣванія, за другой же подобнаго значенія онъ не хочетъ признать.

Придавалось также большое значеніе и печени, которая тоже во многихъ случаяхъ отмѣчается увеличенной. Weintraud <sup>8)</sup>, говоря о печени, подчеркиваетъ рѣзко выраженную мягкость ея при этомъ недугѣ, что крайне рѣдко отмѣчается при увеличеніи печени, и въ этомъ онъ даже хочетъ видѣть отличительно-распознавательный признакъ этого заболѣванія.

Пожалуй, и мы можемъ согласиться съ этой точкой зрѣнія, имѣя въ виду нашего больного, у котораго печень, при довольно большой величинѣ, сохраняетъ и извѣстную мягкость; этотъ же фактъ отмѣчаетъ и Рубинштейнъ <sup>17)</sup> по поводу больного, который находился подъ его наблюденіемъ. Въ случаѣ Türk'a <sup>2)</sup> печень была чрезвычайно велика: по *lin. axillaris dextra* она спускалась до *spina os. ilei*, по средней линіи на палецъ ниже пупка, а слѣва она доходила до *lin. mammilaris*.

„Надъ всей картиной заболѣванія буквально властвовало огромное, почти равномерное увеличеніе печени, по отношенію къ которому самъ по себѣ значительный (до *sp. ant. ilei*) tumor селезенки отступалъ на задній планъ и казался чѣмъ-то вторичнымъ“.

Хотя ни одинъ авторъ не отмѣчаетъ въ печени тѣхъ измѣненій, которымъ можно было бы приписать возникновеніе этого заболѣванія,—отмѣчаются лишь циррозы печени, гиперемія, паренхиматозныя измѣненія,—но чего-либо характернаго, чего-либо могущаго разсвѣтъ мракъ, которымъ окутанъ патогенезъ этой формы болѣзни, отмѣчено не было, тѣмъ не менѣе въ свое время приписывалась этому органу значительная роль, высказывалось мнѣніе, что печень, недостаточно

разрушая красные кровяные шарики, создаетъ то огромное число ихъ, которое является третьимъ симптомомъ въ вышеназванной триадѣ.

Своеобразная окраска различными тонами и нюансами слизистыхъ и кожныхъ покрововъ, увеличеніе селезенки — эти два признака, какъ мы видѣли, лишь очерчиваютъ болѣе рѣзкими штрихами картину болѣзни, являются лишь фономъ ея, фономъ притомъ не постояннымъ, центральное же мѣсто занимаетъ третій симптомъ — увеличеніе числа красныхъ кровяныхъ шариковъ и измѣненіе состава и качества крови.

Число красныхъ кровяныхъ шариковъ, наблюдавшееся у нашего больного, было уже нами отмѣчено въ исторіи болѣзни его.

Колебанія въ числѣ эритроцитовъ при данной формѣ болѣзни весьма значительны не только у разныхъ больныхъ, но и у одного и того же субъекта. Въ случаѣ Köster'a <sup>37)</sup> имѣетъ мѣсто  $13\frac{1}{2}$  мил. эритроцитовъ, Askoli <sup>34)</sup> у своего больного отмѣчаетъ 7 мил., Senator <sup>39)</sup> же у одного изъ своихъ пациентовъ — 6.950.000. Число красныхъ кровяныхъ шариковъ у нашего больного колебалось отъ  $4\frac{1}{2}$  милл. до 12.340.000.

Geisböck <sup>44)</sup> бралъ кровь одновременно изъ артеріи, вены и капиллярной области и получилъ приблизительно одинаковыя числа. Исслѣдованія въ этомъ направленіи, сдѣланныя Senator'омъ <sup>39)</sup> и Sterp'омъ <sup>3)</sup>, даютъ тѣ же результаты. Результаты нашихъ изслѣдованій не уклоняются отъ этого.

Колебанія въ количествѣ гемоглобина также весьма значительны:

Glaessner <sup>24)</sup>	90 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	Hb.	при	10.000.000	эритроцитовъ.
Geisböck <sup>44)</sup>	200 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	"	"	9.100.000	"
Senator <sup>39)</sup>	160 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	"	"	7.316.000	"
Axel Blad <sup>35)</sup>	110 <sup>0</sup> / <sub>0</sub> — 115 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	"	"	11.000.000	"
Askoli <sup>34)</sup>	95 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	"	"	7.000.000	"
Bayer <sup>45)</sup>	40 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	"	"	6.000.000	"
Cominotti <sup>13)</sup>	80 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	"	"	7.200.000	"

Хотя есть авторы, указывающіе, что Farbeindex равняется 1, или близокъ 1, по нашему мнѣнію, было бы точнѣе сказать, что Farbeindex обычно нѣсколько ниже 1, такъ же приблизительно думаетъ и Stern <sup>3)</sup>: „Содержаніе Hb, опредѣляемое обычными въ клиникѣ методами почти всегда повышено, хотя часто не въ такой степени, какъ это соотвѣтствовало бы увеличенію красныхъ кровяныхъ шариковъ“. Въ самомъ дѣлѣ, если мы вычислимъ Farbeindex, то увидимъ, что въ

первомъ изъ указанныхъ нами случаевъ онъ равняется  $\frac{45}{100}$ , въ четвертомъ, пятомъ и шестомъ равняется приблизительно  $\frac{5}{10}$ , въ слу-

чаѣ Collins'a <sup>27)</sup> опять-таки ниже  $\frac{5}{10}$ , въ первомъ случаѣ Türk'a <sup>2)</sup> около  $\frac{7}{10}$ , во второмъ его случаѣ около этой же цифры  $\left(\frac{75}{100}\right)$ ; въ случаяхъ же остальныхъ ораторовъ, по нашимъ вычисленіямъ, можно дать слѣдующія цифры: у Türk'a <sup>2)</sup> III случай  $= \frac{15}{17}$ , Weber'a и Watson'a <sup>20)</sup>  $= \frac{85}{100}$ , Weber'a <sup>19)</sup>  $\frac{50}{72}$ , Kraus'a <sup>16)</sup>  $\frac{6}{10}$ , Begg-Bulmore <sup>4b)</sup>  $= \frac{8}{10}$  Reckzeh <sup>14)</sup> I случай  $= \frac{8}{10}$ , II случай  $\frac{6}{10}$  и т. д., и т. д.

Что же касается числа бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ, то оно столь же не постоянно, какъ и количество красныхъ шариковъ, какъ и количество гемоглобина.

У нашего больного число ихъ колебалось отъ 11.540 до 28.510. Иногда число ихъ бываетъ нормально (6.400 — Bence <sup>7)</sup>, 5.600 — Senator <sup>39)</sup>, 7.000 — Glaessner <sup>24)</sup>, а иногда достигаетъ такой высокой цифры, какъ 34.600 — въ одномъ изъ случаевъ Türk'a <sup>2)</sup>. Исключительнымъ случаемъ по количеству бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ является случай Blumenthal'я <sup>30)</sup>, гдѣ при не увеличенной селезенкѣ было найдено имъ 163.000 (эритроцитовъ 9.000.000).

Что же касается морфологическихъ измѣненій красныхъ кровяныхъ шариковъ, то и въ этой области невозможно установить единства и однообразія,—наравнѣ съ тѣми случаями, гдѣ отмѣчается полное отсутствіе измѣненій въ красныхъ кровяныхъ шарикахъ (Collins <sup>27)</sup>, Osler <sup>9)</sup>, Zaudy <sup>10)</sup>, Kraus <sup>16)</sup>, Reckzeh <sup>14)</sup>, Lommel и др.), встрѣчаются и случаи, гдѣ были зарегистрированы мегалобласты, нормобласты, гдѣ отмѣчается полихроматофилія, пойкилоцитозъ и гдѣ были отмѣчены красные кровяные шарики или больше или меньше нормальной величины (Türk <sup>2)</sup>, Weber <sup>19)</sup>, Begg-Bulmore <sup>4b)</sup>, Smidt <sup>36)</sup>, Senator <sup>39)</sup>, Askoli <sup>34)</sup>, нашъ случай). Формула бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ иногда бываетъ близкой къ нормальной, иногда авторы отмѣчаютъ высокое содержаніе эозинофиловъ (Hutchinson и Miller <sup>38)</sup> — 2,8%), другіе міелоцитовъ (Cabot <sup>28)</sup> Vaquez <sup>1)</sup>, Senator <sup>39)</sup>, нашъ случай и др.), Senator <sup>39)</sup>, Bence <sup>7)</sup> и др. — малое содержаніе лимфоцитовъ (9—10%), Hutchinson и Miller <sup>38)</sup>, Türk <sup>2)</sup>, Weber <sup>19)</sup> и др. — повышенное содержаніе Mastzellen (у первыхъ авторовъ — 2,4%), но все-таки въ подавляющемъ количествѣ случаевъ повышеніе числа бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ происходитъ за счетъ полинуклеаровъ.

При интересующей насъ формѣ заболѣванія весьма повышается вязкость крови (Viskosität): въ одномъ изъ своихъ случаевъ Bence <sup>7)</sup> отмѣчаетъ  $\eta$  равную 23,8 (если принять нормальную величину для  $\eta$  нѣсколько ниже 5,0, то въ этомъ случаѣ она оказывается увеличенной приблизительно въ 5 разъ), Lommel утверждаетъ, что

вискозность крови при данномъ заболѣваніи такъ велика, какъ ни въ какихъ другихъ случаяхъ (съ чѣмъ нельзя вполне согласиться). Jorgus <sup>50)</sup> въ своемъ случаѣ отмѣчаетъ „невѣроятную, никогда до сихъ поръ не отмѣченную величину для вискозности крови“—31,7, каковая, спустя нѣсколько дней еще повысилась. Osler <sup>51)</sup>, Weber и Watson <sup>52)</sup>, Determan <sup>53)</sup>, Hutchinson и Miller <sup>54)</sup> и другіе авторы отмѣчаютъ повышение величины  $\eta$ , отношеніе между  $\eta$  крови цѣльной и ея плазмы тоже рѣзко измѣнены, равняясь 1:6—10 (въ нормѣ = 1:2,5—3).

Отчего въ данномъ случаѣ зависитъ повышение вискозности крови?

Korányi и Bence <sup>55)</sup> указываютъ на то, что на повышение вискозности крови оказываетъ значительное вліяніе повышение содержанія  $\text{CO}_2$  въ крови. По изслѣдованіямъ Hamburger'a <sup>56)</sup>, Korányi <sup>57)</sup> угольная кислота вызываетъ, между прочимъ, повышение вискозности крови и относительную полицитемію. Примѣнительно же къ данному случаю вспомнимъ того же Bence <sup>58)</sup>, который, какъ мы выше указали, на основаніи изслѣдованій точки замерзанія крови, высказывается противъ застоя углекислоты въ крови. Вообще же, по Sahli <sup>59)</sup>, работавшіе по этому вопросу авторы приходятъ къ заключенію, а Blunschy <sup>60)</sup> доказалъ опытами *in vitro*, что вискозность крови существеннымъ и главнымъ образомъ зависитъ отъ числа и величины форменныхъ элементовъ крови, а спеціально — красныхъ кровяныхъ шариковъ.

Въ вопросѣ о давленіи крови отмѣтитъ чего-либо специфическаго для даннаго случая не представляется возможнымъ. У нашего больного по аппарату Riva-Rocci наблюдалось отъ 130 до 180, у больныхъ Kosser'a, Bence по 180, другіе авторы (2-й больной Bence) не находятъ повышение кровяного давленія. У Staehelin'a <sup>61)</sup> даны цифры отъ 80 до 200 у разныхъ больныхъ.

Удѣльный вѣсъ крови обычно высокъ: Kraus <sup>16)</sup> 1071, Begg - Bulmore <sup>46)</sup> 1052—1054, Reckzeh <sup>41)</sup> 1078, Lommel 1068, Senator <sup>39)</sup> 1066—1069, Glaessner <sup>24)</sup> 1083. Высокій удѣльный вѣсъ крови, повидимому, обусловливается увеличеніемъ числа кровяныхъ шариковъ, а именно, главнымъ образомъ, красныхъ, по крайней мѣрѣ, въ тѣхъ случаяхъ, когда число бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ отмѣчалось нормальнымъ.

Количество сухого остатка по Senator'y <sup>39)</sup> и Weintraud'y <sup>8)</sup> или на верхней границѣ нормальнаго или ее нѣсколько превышаетъ.

Оставивъ пока вопросъ о причинахъ, вызывающихъ измѣненіе крови въ количественномъ и качественномъ отношеніяхъ, такъ какъ это уже относится къ патогенезу, мы коснемся слегка тѣхъ органовъ, которые являются пострадавшими.

Въ подавляющемъ числѣ случаевъ моча представляетъ патологическія измѣненія; за рѣдкими исключеніями нельзя найти въ мочѣ бѣлка,

очень часто отмѣчаются цилиндры, эритроциты (Türk <sup>2)</sup>, Weber и Watson <sup>20</sup>), Hochhus <sup>33</sup>), Fischer <sup>36</sup>), Bence <sup>7</sup>), Kraus <sup>16</sup>), Geisböck <sup>41</sup>) и многіе другіе) — лишь въ рѣдкихъ относительно случаяхъ моча остается неизмѣненной (Begg-Bulmore <sup>46</sup>), нашъ случай и очень немногіе другіе), зависитъ ли это явленіе отъ того, что увеличенное количество крови концентрированной вызываетъ раздраженіе почечнаго эпителия, зависитъ ли это отъ артеріосклероза, который имѣется во многихъ отмѣченныхъ случаяхъ, или зависитъ отъ незамѣтныхъ пока для насъ причинъ — отвѣтить очень трудно. Наравнѣ съ этими явленіями слѣдуетъ отмѣтить и уробилинурию, которой нѣкогда придавалось большее значеніе, чѣмъ это имѣетъ мѣсто въ дѣйствительности; правда, уробилинурия отмѣчается нѣсколькими авторами, но далеко не всѣми, такъ, напр., въ случаѣ Senator'a <sup>39</sup>), нашемъ случаѣ, въ случаѣ R. Smidt'a <sup>36</sup>), Bence <sup>7</sup>) и весьма многихъ другихъ отмѣчается количество уробилина или какъ не выходящее изъ предѣловъ нормы или даже какъ пониженное. И это пониженіе выдѣленія уробилина отмѣчается Senator'омъ <sup>39</sup>) не только въ мочѣ, но и въ калѣ; сумма уробилина, выдѣленного мочей и фекальными массами, по Senator'у <sup>39</sup>) составляетъ у его больного 137, 91 и 119, т.-е. значительно уступающія тѣмъ, которыя даетъ Ladage <sup>37</sup>) для нормальнаго взрослого человѣка въ 24 часа, а именно около 200 мгм.

Türk <sup>2</sup>) думаетъ, что уробилинурию, имѣющую иной разъ мѣсто при этомъ недугѣ, можно объяснить гипереміей печени и измѣненіями цирротическаго характера въ этомъ органѣ.

На количество желѣза въ мочѣ было обращено вниманіе Rudolf'омъ Abcles'омъ <sup>38</sup>). Наблюдая двухъ больныхъ, онъ даетъ намъ слѣдующія цифры:

I случай. Эритроцитовъ 6.800.000				Слѣды Alb.	
1-ый день	количество	мочи	1360 cc.	Fe = 2,05 mg.	
2-ой	"	"	855 "	" = 2,00 "	
3-ий	"	"	650 "	" = 3,01 "	
4-ый	"	"	730 "	" = 3,89 "	

II случай. Эритроцит. 7.000.000				Alb. 1,5% Эсб., цилиндры.		
				Слабо связан.	Прочно свя-	Общее со-
				желѣзо.	занное.	держаніе.
1-ый день	колич.	мочи	1120 cc.	0,23	2,21	2,44
2-ой	"	"	1280 "	0,29	2,06	2,35
3-ий	"	"	1700 "	—	3,12	3,12
4-ый	"	"	1270 "	—	2,25	2,25
5-ый	"	"	1430 "	—	2,14	2,14

При средней цифрѣ 1 mg., найденной для нормальнаго выдѣленія въ теченіе сутокъ взрослымъ человѣкомъ Fe, приведенныя цифры указываютъ на увеличенное выдѣленіе прочно - связаннаго Fe. По-

явление слабо-связанного желѣза въ мочѣ второго больного въ теченіе двухъ сутокъ является непонятнымъ, такъ какъ оно, по словамъ Werner Hueck <sup>39)</sup>, описавшимъ его, никогда не было найдено въ нормальной мочѣ.

Сердце такъ же, какъ и почки, реагируетъ на болѣзненный процессъ въ организмѣ, измѣненія, происходящія въ немъ, очень напоминаютъ ту картину, каковая имѣется при нефритахъ, что и понятно.

Пульсъ является почти нормальнымъ.

Температура, если къ общему заболѣванію не присоединяется какой-либо другой болѣзненный процессъ, остается нормальной. Лимфатическія железы одни авторы отмѣчаютъ увеличенными, другіе же не находятъ въ нихъ какихъ-либо измѣненій.

Считаемъ нелишнимъ нѣсколько остановиться на явленіяхъ со стороны нервной системы. Такъ въ случаѣ Cassirer'a и Bamberger'a <sup>40)</sup>, мы встрѣчаемся съ психическимъ заболѣваніемъ — въ формѣ навязчивыхъ идей. Въ случаѣ Köster'a <sup>41)</sup>, съ Migraine ophtalmique. У нашего больного — упорная бессонница: безъ наркотическихъ средствъ онъ не можетъ уснуть, частыя боли неврастеническаго характера, подавленное, угнетенное настроеніе, апатичное и вмѣстѣ съ тѣмъ „безпокойное“ отношеніе къ окружающему. Cassirer и Bamberger <sup>40)</sup> склонны видѣть опредѣленную связь между состояніемъ нервной системы и даннымъ недугомъ; они дѣлаютъ предположеніе, что сильно повышенная раздражимость чувственныхъ сферъ стоитъ въ опредѣленной связи съ повышеннымъ обмѣномъ веществъ, которое имѣется налицо въ ихъ случаѣ. Возможно, что ихъ предположеніе имѣетъ значеніе, такъ какъ авторы, касавшіеся клинической стороны болѣзни, почти всѣ отмѣчаютъ тѣ или другія явленія со стороны нервной системы.

Для полноты клинической картины укажемъ на склонность больныхъ этимъ недугомъ къ разнаго рода кровотеченіямъ — смерть больного Cabot <sup>42)</sup> наступила вслѣдствіе кровотечения изъ art. meningea media, больной Westoenhoeffler'a <sup>43)</sup> погибъ тоже отъ сильнаго мозгового кровотечения; въ анамнезѣ нашего больного числятся обильныя кровавыя рвоты, — принимая во вниманіе состояніе крови, мы ясно можемъ представить себѣ причину подобнаго явленія.

Senator <sup>39)</sup>, изучая явленія газообмѣна надъ двумя больными, даетъ весьма высокія цифры для дыхательнаго объема 8613 cc. (вмѣсто 7000—8000 cc. для нормальнаго человѣка), для CO<sub>2</sub>—3,573 (вмѣсто 2,8—3,08) и для O<sub>2</sub>—4,855 cc. (вмѣсто 3,41—3,81). Senator <sup>39)</sup> опредѣленно отвѣтитъ, отчего зависитъ увеличеніе объема дыханій и увеличеніе тканевого дыханія, затрудняется, но думаетъ, что при подобныхъ заболѣваніяхъ увеличенный притокъ крови къ тканямъ вызываетъ ихъ большую дѣятельность или что неизвѣстныя намъ причины, приводящія къ увеличенію числа красныхъ кровяныхъ шариковъ, является общимъ раздражителемъ и причиной для увеличенія и объема дыханія и дыханія всѣхъ тканей. Lommel, изслѣдовавшій по ме-

тоту Zunts-Geppert, нашелъ числа, лежація на верхней границѣ нормального, и вполне правильно подчеркиваетъ, что по отношенію къ методу, значительные источники ошибки котораго (неполное спокойствіе, неестественное дыханіе) ведутъ къ слишкомъ высокимъ даннымъ, надо быть особенно осторожнымъ именно какъ разъ при большихъ данныхъ.

Обмѣнъ веществъ при этомъ заболѣваніи еще настолько мало изслѣдованъ, что говорить болѣе или менѣе опредѣленно по поводу его совершенно невозможно. Повидимому, азотистый обмѣнъ не представляетъ серьезныхъ отклоненій отъ нормы.

Такова клиническая сторона этой своеобразной и пока относительно рѣдкой формы заболѣванія.

Отъ опубликованія нѣкоторыхъ изслѣдованій, которыя, быть можетъ, были бы полезны для болѣе яснаго пониманія истинной природы этого еще до сихъ поръ загадочнаго заболѣванія, — мы пока воздерживаемся.

Остановимся нѣсколько на патогенезѣ этой болѣзни.

Въ общей картинѣ заболѣванія наиболѣе рѣзкимъ симптомомъ является увеличеніе числа красныхъ кровяныхъ шариковъ — *polycythemia*.

Увеличеніе числа красныхъ кровяныхъ шариковъ можетъ зависѣть, во-первыхъ, отъ застоя вслѣдствіе какихъ-нибудь механическихъ причинъ — это объясненіе не можетъ имѣть мѣсто почти во всѣхъ (за весьма рѣдкими исключеніями) случаяхъ, отнесенныхъ авторами къ описываемому заболѣванію, оно не можетъ имѣть и въ нашемъ случаѣ. Во-вторыхъ, увеличеніе числа красныхъ кровяныхъ шариковъ (представителемъ этой точки зрѣнія является Weintraud <sup>8)</sup>) можно было бы объяснить недостаточнымъ ихъ распаденіемъ — сторонники этой гипотезы находили точку опоры въ уробилинурии — но уробилинурия, какъ мы выше видѣли, наблюдается далеко не всегда и, пожалуй, она чаще не отмѣчается авторами, а Senator <sup>39)</sup> показалъ, что у больного, пораженнаго этимъ недугомъ, сумма уробилина, выдѣленнаго мочей и фекальными массами, ниже той цифры, каковая отмѣчается у здороваго человѣка; допущеніе же присутствія какого-либо вещества, которое мѣшаетъ нормальному распаденію красныхъ кровяныхъ шариковъ и самъ Weintraud <sup>8)</sup>, выдвинувшій эту точку зрѣнія, не считаетъ вполне возможнымъ; но что самое важное, врядъ ли можно допустить выпаденіе функций печени безъ анатомическихъ измѣненій. Словомъ, въ пользу того, что происходитъ уменьшенное распаденіе эритроцитовъ собственно ничего не говоритъ, какъ справедливо думаетъ Senator <sup>39)</sup>.

Наконецъ, въ-третьихъ, увеличеніе въ крови красныхъ кровяныхъ шариковъ можетъ зависѣть отъ усиленнаго ихъ новообразованія. Это предположеніе между прочимъ подтверждается и повышеннымъ содержаніемъ Fe въ мочѣ, найденнымъ Abeles'омъ <sup>38)</sup>. Этой точки зрѣнія дер-



жался еще Vaquez <sup>1)</sup>, рассматривавший полицитэмію, какъ слѣдствіе повышенной функціональной дѣятельности кроветворящихъ органовъ. Türk <sup>2)</sup>, Weber Watson <sup>20)</sup> и нѣкоторые другіе авторы видѣли причину этого заболѣванія въ первичномъ костномъ мозгу. Въ пользу этого предположенія говоритъ красный гиперпластическій мозгъ во всѣхъ, хотя и не многихъ, точно гистологически изслѣдованныхъ случаяхъ. Правда, въ случаѣ Saundby и Russel <sup>11)</sup> особенно подчеркивается, что костный мозгъ былъ макроскопически нормаленъ. Въ одномъ изъ своихъ случаевъ Türk <sup>2)</sup> отмѣчаетъ превращеніе желтаго мозга трубчатыхъ костей въ красный. Въ случаѣ Watson'a и Weber'a <sup>20)</sup> костный мозгъ трубчатыхъ костей превратился въ красный. Такую же картину имѣлъ костный мозгъ и въ случаѣ Hutchinson'a и Miller'a <sup>38)</sup>—здѣсь можно было отмѣтить повышение общаго количества нормобластовъ, такъ какъ большой участокъ нормально желтой не эритробластической костно-мозговой ткани былъ превращенъ въ красный эритробластическій мозгъ; что же касается бѣлыхъ кровяныхъ тѣлецъ, то они показывали равномѣрное размноженіе всѣхъ элементовъ. Мозгъ изъ femur, изслѣдованный Hirschfeld'омъ <sup>23)</sup>, былъ темнокрасной окраски, какъ при пернициозной анеміи, желтаго же цвѣта было очень мало; микроскопическія изслѣдованія этого мозга на срѣзахъ дали огромную клѣточную пролиферацію; поскольку можно было судить по этимъ срѣзамъ—въ процессѣ принимали участіе, за исключеніемъ Mastzellen, всѣ составныя части мозга, какъ нормобласты, такъ нейтро- и эозинофильныя лейкоциты, рѣзко бросались въ глаза многочисленныя гигантскія клѣтки, лишь изрѣдка встрѣчающіяся круглыя пустоты показывали, что здѣсь присутствовалъ жиръ, который исчезъ благодаря предварительной алкогольной обработкѣ. То же превращеніе желтаго мозга длинныхъ трубчатыхъ костей въ красный мы находимъ въ случаѣ Glaessner'a <sup>24)</sup>; микроскопическое изслѣдованіе мозга, произведенное имъ, показало значительное увеличеніе числа ядросодержащихъ красныхъ шариковъ. Въ случаѣ K. Goldstein'a <sup>12)</sup> костный мозгъ также былъ измѣненъ.

Костный мозгъ въ случаѣ Westenhoeffler'a <sup>25)</sup> микроскопически выглядѣлъ синекраснымъ, а гистологическое изслѣдованіе его, сдѣланное Westenhoeffler'омъ <sup>25)</sup> и, какъ дополненіе, особенно подробно Hirschfeld'омъ <sup>4)</sup>, показало, что количество нормобластовъ было немногимъ больше, чѣмъ въ нормѣ, колоссальное количество безъядерныхъ красныхъ шариковъ, бросалось въ глаза усиленное почкованіе ядеръ въ нормобластахъ, между лейкоцитами были представлены всѣ элементы, т.-е. кругло-ядерныя малыя и большія негранулированныя клѣтки съ узкимъ базофильнымъ краемъ протоплазмы типа лимфоцитовъ, нейтро- и эозинофильныя міелоциты, многочисленныя полиморфноядерныя клѣтки и отдѣльные Mastzellen. Самое характерное въ этой картинѣ заключалось въ чрезвычайномъ расширеніи и наполненіи безъядерными красными шариками сосудовъ и кровяныхъ

полостей; промежуточная ткань, не содержащая никаких слѣдовъ жира, состояла большею частью изъ безцвѣтныхъ элементовъ и гигантскихъ клѣтокъ, значительно увеличенныхъ въ числѣ; сравнительно съ ними количество ядросодержащихъ красныхъ кровяныхъ шариковъ было гораздо меньше. Въ бѣлыхъ же кровяныхъ шарикахъ можно было различить двѣ группы: во-1-хъ, были видны большія кучки клѣтокъ, которыя въ общемъ имѣли типъ маленькихъ лимфоцитовъ и своимъ положеніемъ напоминали фолликулы съ тою только разницей, что не было точной границы съ сосѣдними массами клѣтокъ; особенно цѣнно, что иногда у этихъ клѣтокъ можно было видѣть многочисленное дѣленіе и почкованіе ядеръ, какъ ихъ можно наблюдать въ такомъ многообразіи обычно только на нормобластахъ. По тому автору, которымъ онѣ впервые описаны, эти клѣтки называются Kieder'овскими лимфоцитами. 2) Кромѣ того, были видны гранулированные лейкоциты и эозино-и нейтро-фильные съ большей частью круглыми, рѣзко полиморфными ядрами, лежавшими въ большихъ количествахъ вмѣстѣ другъ около друга. Хотя границы между этими двумя группами и были неясны, но въ общемъ, уже при маломъ увеличеніи, обѣ названныя группы клѣтокъ можно было ясно отличить одну отъ другой. Нормобласты въ большинствѣ случаевъ лежали на краю лимфоцитныхъ очаговъ, такъ что легко было склониться къ тому, чтобы привести ихъ въ генетическую связь съ послѣдними, но этого нельзя было убѣдительно доказать; изъ этого, стало быть, вытекаетъ, что количество нормобластовъ въ единицѣ объема костнаго мозга не казалось существенно увеличеннымъ сравнительно съ нормой, но если принять во вниманіе, что въ этомъ случаѣ мозгъ всѣхъ длинныхъ костей, которыя въ нормѣ содержатъ только жиръ, былъ превращенъ въ функционирующую мозговую паренхиму только описаннаго клѣточного состава, то должно сознаться, что общее количество произведенныхъ костнымъ мозгомъ ядросодержащихъ красныхъ элементовъ естественно было значительно повышено.

Словомъ, этотъ костный мозгъ имѣетъ такой же видъ, какъ и богатый кровью дѣтскій мозгъ; здѣсь костный мозгъ находится въ состояніи нормальнаго приготовленія крови точно такъ же, какъ это можно видѣть въ дѣтскомъ костномъ мозгу длинныхъ трубчатыхъ костей, иначе — способъ увеличенія клѣточныхъ составныхъ частей крови, а въ особенности красныхъ кровяныхъ шариковъ, вполне физиологически правиленъ, поскольку рассматривается дѣятельность костнаго мозга, и настолько онъ патологиченъ, поскольку онъ совершается въ то время, когда уже не долженъ происходить. Соответственно этой гиперплазіи костнаго мозга, думаетъ Westenhoeffer<sup>25)</sup>, и вытекающаго изъ этого увеличенія красныхъ кровяныхъ шариковъ должна увеличиться и селезенка, а именно въ смыслѣ простой гиперплазіи ея пульпы, ибо если образуется больше красныхъ кровя-

ныхъ шариковъ, то надо предположить, что и въ томъ же отношеніи большее число ихъ погибаетъ, изъ чего безъ дальнихъ словъ вытекаетъ повышенная дѣятельность селезенки, которая вѣдь представляетъ собой „могилу“ красныхъ кровяныхъ шариковъ.

Что же касается лимфатическихъ железъ, то онѣ какъ макроскопически, такъ и микроскопически не измѣнены, можно отмѣтить только гиперемію ихъ.

Патолого-анатомической картины селезенки мы уже касались.

Мы уже отчасти указывали на то значеніе, какое она можетъ имѣть при данномъ заболѣваніи. Упомянемъ о той роли, которую ей приписываетъ Türk <sup>2)</sup>. Разъ селезенка, думаетъ онъ, играетъ такую огромную роль при лейкемической гиперплазіи лейкобластической мѣлоидной ткани, почему ей не принимать участія въ аналогичномъ заболѣваніи эритробластической ткани; быть можетъ, въ селезенкѣ совершенно такъ же происходитъ вѣдрѣніе (накопленіе) эритробластической мозговой ткани, какъ *mutatis mutandis* при мѣлоидной лейкеміи. Можетъ также случиться, что селезенка, которая вѣдь, несомнѣнно, имѣетъ нѣчто общее съ фізіологіей происхожденія эритроцитовъ, умѣренно увеличивается безъ такого вѣдренія инородней ткани. Большіе итоги селезенки объяснить нельзя такимъ „эндогеннымъ“ *tumor*омъ, а малые — можно.

Мы уже знаемъ, что патолого-анатомическія изслѣдованія не даютъ прямого отвѣта на роль селезенки.

Безусловно, огромный интересъ представляетъ выяснить, противоположны ли другъ другу заболѣванія—эритмія и лейкемія или родственныя.

Представителемъ перваго взгляда въ литературѣ является Westenhoeffler <sup>23)</sup>.

Точку опоры для своего взгляда Westenhoeffler <sup>25)</sup> видитъ въ томъ, что увеличеніе числа клѣточныхъ элементовъ относится ко всѣмъ происходящимъ изъ костнаго мозга клѣткамъ, а не только къ одной части, какъ у мѣлоидной лейкеміи, и, если понимать лейкемію, какъ симптомъ образованія опухоли бѣлыхъ клѣточныхъ элементовъ костнаго мозга или лимфатическихъ железъ, то ни въ коемъ случаѣ нельзя смотрѣть на *plethora vera*, какъ на аналогичное образованіе опухолей, выходящихъ изъ красныхъ элементовъ, такъ какъ здѣсь поражается не одинъ родъ клѣтокъ, а цѣлая ткань, даже больше, цѣлый органъ—костный мозгъ; при этомъ нигдѣ при микроскопическомъ изслѣдованіи нельзя было установить что-либо подобное, какъ при лейкеміи, а именно образованіе метапластическихъ лейкемическихъ лимфомъ.

Другой, противоположной, точки зрѣнія держится Рубинштейнъ <sup>17)</sup>. По его мнѣнію, нельзя указать примѣра, гдѣ бы разрасталась только одна эритробластическая ткань безъ того, чтобы на ряду съ ней не разрастались и элементы бѣлыхъ шариковъ, тамъ, гдѣ разрастается костно-мозговая ткань, находятся въ ней неразрывно связанныя оба

вида клѣтокъ какъ красныхъ, такъ и бѣлыхъ шариковъ; неудивительно поэтому, по мнѣнію Рубинштейна <sup>17)</sup>, что и при краснокровіи находится пролиферація всей костно-мозговой ткани, разрастаніе всего „костно-мозгового“ органа. Вполнѣ естественно, конечно, что въ превращеніи желтаго нефункционирующаго костнаго мозга въ функционирующій красный участвуетъ, кромѣ эритробластической ткани, и неразлучный спутникъ ея—лейкобластическая ткань, что клинически и сказывается въ появленіи лейкоцитоза, иногда съ выходомъ въ кровь и молодыхъ патологическихъ бѣлыхъ клѣтокъ — міелоцитовъ, точно такъ же, какъ при бѣлокровіи почти всегда находятся въ крови и ядросодержащіе красные шарики даже при общемъ количествѣ красныхъ кровяныхъ шариковъ въ 3—4 милл. И, наоборотъ, какъ при превращеніи при краснокровіи желтаго мозга въ красный, на ряду съ эритробластической тканью наблюдается и лейкобластическая, и при лейкеміи, когда желтый мозгъ превращается въ міелоидный, на ряду съ колоссальной пролифераціей бѣлыхъ элементовъ, мы видимъ разрастаніе въ нихъ и элементовъ красныхъ шариковъ. При превращеніи желтаго мозга въ міелоидный новообразованная ткань всегда содержитъ всѣ элементы нормальнаго костнаго мозга, какъ красный, такъ и бѣлый, и лишь основное раздраженіе вызываетъ уже измѣненія, приводящія къ пролифераціи преимущественно одного вида этихъ клѣтокъ, попутно, но естественно, очевидно, по необходимости затрогивая и другой видъ. Что же касается лимфомъ, продолжаетъ далѣе Рубинштейнъ, то онѣ не представляютъ собой заносовъ въ смыслѣ опухолевыхъ заносовъ; лимфомы — мѣстные аутогенныя образования, обязанныя своимъ происхожденіемъ тому общему раздраженію, что вызываетъ разрастаніе этихъ элементовъ какъ въ костномъ мозгу, такъ затѣмъ и въ селезенкѣ и лимфатическихъ железахъ; въ то время, какъ лимфатическая ткань, гдѣ бы она ни была, легко отвѣчаетъ на сильное раздраженіе лейкобластическихъ элементовъ костнаго мозга сочувственной міелоидной метаплазіей такого же характера, какъ и въ костномъ мозгу, она очень слабо отвѣчаетъ или же остается безучастной къ раздраженію эритробластической части костнаго мозга; такимъ образомъ, становится понятнымъ отсутствіе лимфомъ при краснокровіи: онѣ не появляются здѣсь потому, что, кромѣ какъ въ костномъ мозгу, способность міелоидной метаплазии какихъ-либо клѣтокъ въ эритробластическую ткань почти нѣтъ въ организмѣ взрослого. Изъ всего вышесказаннаго Рубинштейнъ <sup>17)</sup> дѣлаетъ выводъ, что бѣло- и краснокровіе, имѣющія одну и ту же анатомическую основу — заболѣваніе костнаго мозга, — представляютъ собой болѣзни параллельныя, одинаковыя въ своихъ проявленіяхъ почти во всѣхъ отношеніяхъ, съ тою лишь разницей, что при каждой изъ нихъ поражается преимущественно одна лишь система клѣтокъ костнаго мозга.

Намъ же лично думается, что трактовать этотъ вопросъ является

и несколько преждевременнымъ; много попутныхъ вопросовъ нужно рѣшить предварительно, много, даже далеко не детальныхъ, изслѣдованій должно быть сдѣлано, и въ нашемъ распоряженіи должно находиться большее число патолого-анатомическихъ изслѣдованій, чтобы мракъ, окутывающій это въ высшей степени загадочное и интересное заболѣваніе, разсѣялся, и мы могли во всей должной полнотѣ и цѣлостности представить и уяснить себѣ его.

---

## Л и т е р а т у р а.

- 1) H. Vaquez. „Cyanose accompagne d'hyperglobulie excessive et persistante“. Soc. de biol. 1892. 7/v; Sem. med. 1892.
- 2) W. Türk. „Beiträge zur kenntnis des Symptomenbildes: Polycythämie mit Milztumor und „Zyanose“. Wien. klin. Wochenschrift. 1904. № 6 и № 7.
- 3) R. Stern. „Ueber Polycythämie“. Med. klin. 1908. № 2 и № 3.
- 4) H. Hirschfeld. „Erythraämie und Erythrozytose“. Berlin. klin. Wochenschrift. 1907. № 41.
- 5) F. Lommel. „Ueber Polycythämie mit Milztumor“. Deutsches Archiv für klinische Medizin 1906. Band 87. 3 und 4 Heft.
- 6) F. Lommel. „Ueber Polycythämie“. Deutsches Archiv für klinische Medizin. Band 92. Heft 1—2. 1907.
- 7) Jul. Bence. „Drei Fälle von Polyglobulie mit Milztumor“. Deutsche medizin. Wochenschrift. 1906. № 36 и № 37.
- 8) W. Weintraud. „Polyglobulie und Milztumor“. Zeitschrift für klin. Medicin. Band LV. 1904.
- 9) W. Osler. „Chronic Cyanosis with Polycythaemia and enlarged Spleen: a new clinical entity“. The american journal of the medical Sciences. 1903. CXXVI.
- 10) Zaudy. „Erythrocytose (Hyperglobulie) und Milztumor“. Münch. med. Wochenschrift. 1904 № 27.
- 11) Moutard-Martin и Lefas. „Tuberculeuse primitive et massive de la rate“. Bull. soc. méd. des Hôp. 9. VI. 1899 и Sem. méd. 1899.
- 12) F. Weber. Lancet 30. IV. 1904.
- 13) Cominotti. „Hyperglobulie und Splenomegalie“. Wien. klin. Wochenschrift. 1900. № 39.
- 14) P. Reekzeh. „Klinische und experimentelle Beiträge zur Kenntnis des Krankheitsbildes der Polizithämie mit Milztumor und Zyanose“. Zeitschrift für klin. Medicin. Band LVII. Heft. 3—4. 1905.
- 15) H. Vaquez et H. Laubry Soc. méd. des Hôpitaux. 1904. 22. VII.
- 16) P. Kraus. „Polycythämie mit Milztumor und Cyanose“. Berliner klin. Wochenschrift. 1905. № 11.

- 17) Г. Рубинштейнъ. „Краснокровіе и бѣлокровіе. Очеркъ ученія о Polycythaemia rubra megalosplenica“. Русскій Врачъ. 1908. №№ 7, 8 и 9.
- 18) Korányi. Physikal Chemie und Medicin. Band II.
- 19) Weber, Lance. 13. V. 1905.
- 20) Weber и Watson. Transactions of the Clinical Society of London. 1904. № 37.
- 21) Breuer. „Polycythaemie mit Splenomegalie“. Mitt. d. Wien. Gesellschaft f. inn. Med. 1903. № 16.
- 22) Lommel. „Ueber Polycythaemie (Erythraemie)“. Münchener Mediz. Wochenschrift № 6. 1908.
- 23) H. Hirschfeld. „Zur pathologischen Anatomie der Plethora vera“. Medizinische Klinik. 1906. № 23.
- 24) Glaessner. „Beitrag zur Pathol. d. Polycythaemia rubra“. Wien. klin. Wochenschrift 1906. № 49.
- 25) M. Westenhoeffer. „Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der Plethora vera“. Deutsche medizinische Wochenschrift. 1907. № 36.
- 26) И. Файншмидтъ. „Къ симптомокомплексу polycythaemia rubra cum cyanosi et splenomegalia“. Харьковскій Медицинскій Журналъ 1907. Т. III. № 4.
- 27) I. Collins. Med. record. 21. XI. 1903.
- 28) Cabot. „A case of chronic cyanosis without discoverable cause, ending in cerebral hemorrhage“ Boston medical and surgical journal. 1899. Т. 141. № 29 и ibidem 142 № 11.
- 29) Kikuchi. Fall von Polycythaemie“. Pragm. med. Wochenschrift 1904. № 38.
- 30) Blumenthal. Journal méd. de Brux. 1901 № 35.
- 31) Zamfirescu. Spitalul. 15 и 16 1904.
- 32) Frommherz. „Hyperglobulie bei einem Falle von congenit. Pulmonalstenose“. Münch. med. Wochenschrift 1903. № 40.
- 33) Hochhaus. Münch. Med. Wochenschrift. 1904. № 31.
- 34) Askoli. Riforma med. 1904 № 51.
- 35) Axel Blad. Ugeskrift for Laeger. 1905. № 26.
- 36) R. Smidt. Wien. klin. Wochenschrift. 1905. № 52.
- 37) Köster. „Zur Kasuistik der Polycythämie, zugleich ein Beitrag zur Aetiologie der Migraine ophthalmique“. Münch. Medizin Wochenschrift. 1906. № 22 и № 23.
- 38) Hutchinson и Miller „A case of splenomegalie polycythaemie Lancet 1906 März 17, и Med. Klin. 1907. № 7.
- 39) H. Senator. „Ueber Erythrozytosis (Polyzythaemia rubra) megalosplenica“. Zeitschrift für klinische Medizin. 1906. B. 60. Heft 5 и 6.
- 40) Engelbach и Brown. Journal of Americ. Assos. № 16. 1907.
- 41) Schmilinsky. Aerztlicher Verein Hamburg. Med. Klinik. 1907.

- 42) Краткое содержание доклада проф. Шервинского помещено во „Врачебной Газетѣ“ № 9 за 1907.
  - 43) Краткое содержание доклада д-ра Нихамина помещено во „Врачебной Газетѣ“ № 14 за 1907.
  - 44) Geisböck. Archiv f. klin. Med. Bd. 83. 1905.
  - 45) Bayer. Mitteilungen aus den Grensgebiet der Medizin und Chirurgie. 1904. Bd. VIII.
  - 46) Begg-Bulmore. Edinburgh med. journal Maj 1905.
  - 47) Дерюжинскій. Münchener med. Wochenschrift. 1906.
  - 48) Rendu et Widal. „Splénomégalie tuberculeuse sans leucémie avec hyperglobulie et cyanose“. Bulletin et mém. de la société médic. des hôpitaux., III Ser. 1899.
  - 49) Lefas. La Tuberculose primitive de la rate. Contribution à l'étude de l'Hyperglobulie. Thèse de Paris. 1903.
  - 50) Jorus. Medizinische Klinik. 1909. № 28.
  - 51) Determan. „Klinische Untersuchungen der Viskosität des menschlichen Blut“. Zeitschrift für klin. Medicin. 1906.
  - 52) Korányi и J. Bence. Archiv f. d. gesamte Physiologie v. Pflüger. 1905. Band. CX.
  - 53) Hamburger. Archiv. f. gesamte Physiologie 1907.
  - 54) Sahli. Handbuch f. klin. Methode. 1911.
  - 55) Blunschy. Цит. по Sahli.
  - 56) Fischer. Brit. med. journal 23. VIII. 1904.
  - 57) Ladage. Цит. по Senator'у.
  - 58) R. Abeles. „Das Verhalten des Harnseins bei Hyperglobulie“. Zeitschrift für klinische Medizin. 1906. Band. LIX. Heft. 5—6.
  - 59) Werner Hueck. Цит. по R. Abeles.
  - 60) Cassirer und Bamberger. „Ein Fall von Polycythämie und Zwangs vorstellungsneurose“. Deutsche Mediz. Wochenschrift. 1907. № 36.
  - 61) Saundby и Russel. „An unexplained condition of chronic cyanosis, with the report of a case“. Lancet. 1902.
  - 62) K. Goldstein. Medizin. Klinik. 1910. № 38.
  - 63) H. Senator, Palyzythämie und Plethora. 1911.
  - 64) R. Staehelin. „Ueber Polycythämie“, Berliner Klinische Wochenschrift. 1911. № 3.
-

### Аортитъ и лихорадка.

Можетъ ли аортитъ сопровождаться лихорадкой? Этотъ вопросъ почти всѣми авторами, писавшими и заявившими себя изслѣдованіями объ аортитѣ, рѣшается отрицательно.

Въ извѣстномъ руководствѣ Charcot, Bouchard, Brissaud на страницѣ 449, тома V, говорится: „La fièvre fait habituellement défaut au cours de l'aortite. Léger puis Huchard posent cette règle en principe“.

Проф. Schrötter<sup>1)</sup>, въ сборникѣ Нотнагеля, ссылаясь на авторитетъ Huchard'a, говоритъ, что аортитъ протекаетъ безлихорадочно, за исключеніемъ рѣдкихъ случаевъ образованія абсцессовъ или изъязвленій въ стѣнкѣ аорты, т.-е. при піэмическихъ и септическихъ заболѣваніяхъ. Точно такъ же E. Voinet<sup>2)</sup> не приписываетъ лихорадкѣ при аортитѣ патогномическаго значенія, такъ какъ лихорадка зависитъ отъ инфекціонной болѣзни, а локализацией инфекціи можетъ эпизодически явиться и аорта. Впрочемъ, оговаривается онъ, начало аортита можетъ ознаменоваться при оспѣ въ разгарѣ болѣзни или въ періодъ выздоровленія, колебаніями температуры отъ 38 до 38,5.

То, что Voinet говоритъ объ оспѣ, можно отнести и къ другимъ инфекціоннымъ болѣзнямъ. Извѣстно, что аортитъ наблюдали при остромъ сочленовномъ ревматизмѣ, скарлатинѣ, брюшномъ тифѣ (рѣдко) и друг. острыхъ инфекціяхъ.

Знаменитые клиницисты, — „наставники“ — *maîtres* по выраженію французовъ, — французской школы, Peter и Potain нигдѣ въ своихъ твореніяхъ не говорятъ о лихорадкѣ, какъ симптомѣ аортита.

Въ нѣмецкихъ руководствахъ по болѣзнямъ сердца и сосудовъ, напр. у Rosenbach'a<sup>3)</sup>, я не нашелъ указаній на аортитъ, какъ на источникъ могущей быть при этомъ лихорадки.

Такимъ образомъ, признается, какъ положеніе, что аортитъ протекаетъ обычно безъ лихорадки; исключенія представляютъ случаи піэміи или септицеміи (напр. при септическомъ эндокардитѣ), гдѣ

---

<sup>1)</sup> Specielle Pathol. und Therapie. Bd. XV.

<sup>2)</sup> Traité de Méd. et de Therap. P. Brouardel et A. Gilbert. T. VI, p. 666.

<sup>3)</sup> Die Krankheiten d. Herzens und ihre Behandlung.



аортитъ не является самостоятельнымъ заболѣваніемъ, а лишь отдѣльнымъ, случайнымъ пораженіемъ, ничего не измѣняющимъ въ состояніи больного и не вносящимъ опредѣленныхъ штриховъ въ картину болѣзни. Правда, въ литературѣ можно найти отдѣльныя наблюденія, гдѣ аортитъ протекалъ съ лихорадкой, но наблюденія эти отрывочны, стоятъ совершенно одиноко и никоимъ образомъ не колеблютъ положенія, для многихъ безспорнаго, о безлихорадочномъ теченіи аортита.

Изъ этихъ наблюденій укажу, напр., на случай Bugeau <sup>1)</sup>, гдѣ аортитъ острый, безъ язвеннаго процесса, вызвалъ повышеніе температуры до 38,5 и даже до 39,2.

По моему глубокому убѣжденію, основанному на рядѣ наблюденій въ продолженіе многихъ лѣтъ, лихорадка при аортитѣ встрѣчается не такъ рѣдко, какъ принято думать. Во всякомъ случаѣ, положеніе многихъ клиницистовъ, что отсутствіе лихорадки при аортитѣ — правило, это положеніе едва ли можно считать имѣющимъ такую силу, чтобы въ него можно было слѣпо вѣрить. Я склоненъ думать, что напротивъ лихорадка при аортитѣ наблюдается несравненно чаще, чѣмъ это допускается. Иногда лихорадка, сопровождающая пораженіе аорты, мало выражена, многими больными почти не чувствуется, обнаруживаясь лишь измѣреніями температуры (37,6—37,7). Въ другихъ случаяхъ она достигаетъ болѣе высокихъ цифръ (38,2—38,8); ей предшествуютъ познабливанія; иногда ей сопутствуетъ потъ.

Случай, впервые заставившій меня обратить вниманіе на связь лихорадки съ пораженіемъ аорты, относится къ 1892 году.

Больной, казакъ съ Дона, 35 лѣтъ, пріѣхалъ въ Москву искать помощи отъ лихорадки, беспокоившей его въ продолженіе мѣсяцевъ двухъ-трехъ. Повышеніе температуры наступало почти каждый день. Со второй половины дня больной начиналъ чувствовать недомоганіе. Утренняя температура была 36,6—36,8, а вечернія измѣренія ея показывали 38,0—38,2. Лихорадку мѣстные врачи третируютъ, какъ малярійную, лѣчили хининомъ, мышьякомъ, подсолнечными каплями. Не видя толку отъ названныхъ средствъ, больной въ сентябрѣ обращается въ Москвѣ ко многимъ врачамъ. Московскіе авторитеты, въ виду сифилиса въ анамнезѣ больного, а также за отсутствіемъ данныхъ какого-либо мѣстнаго пораженія въ органахъ больного туберкулезнаго характера, признали, что у больного сифилитическая лихорадка безъ локализациі. Малярійная инфекція исключалась: селезенка не была увеличена, кривая температуры не была характерной для маляріи, противомаларійное леченіе было безрезультатно. Было назначено сначала энергичное іодистое леченіе, и когда вечернія повышенія температуры прекратились, — было приступлено къ ртутнымъ втираніямъ.

<sup>1)</sup> Цитирую по руководству Charcot, Bouchard, Brissaud, такъ какъ оригинальной работы: *Etude sur les aortites*, Thèse, 1893, мнѣ не удалось достать.

Итакъ, искали сначала малярію, потомъ туберкулезъ и, наконецъ, главнымъ образомъ *ex juvantibus* остановился на сифилитической лихорадкѣ. Выше я сказалъ, что эта лихорадка была безъ локализациі. Такъ по крайней мѣрѣ говорили авторитеты. Но къ этому необходимо сдѣлать существенную поправку. У больного наблюдалось правда не рѣзкое, но все же замѣтное біеніе сосудовъ шеи, а также подключичныхъ артерій, замѣтное и на глазъ, и еще больше при пальпациі. На это обстоятельство не было обращено должнаго вниманія: оно было истолковано просто какъ слѣдствіе лихорадочнаго состоянія. Сердце не было увеличено; тоны были чисты. Специфическое леченіе быстро поправило больного. Исчезла лихорадка, вернулись силы, и больной послѣ мѣсячнаго леченія ртутью и іодомъ уѣхалъ изъ Москвы, считая себя совершенно здоровымъ.

Увидѣлъ я снова больного черезъ четыре года, въ 1896 году, осенью. За этотъ періодъ времени слѣдующія перемѣны въ состояніи больного. Сначала, приблизительно около года, онъ чувствовалъ себя настолько хорошо, что велъ прежнюю жизнь здороваго человека: умѣренно курилъ, иногда выпивалъ, ѣздилъ верхомъ, могъ много ходить и проч. Затѣмъ появился кашель, который врачи отнесли поначалу къ куренью. Кашель съ теченіемъ времени становился все упорнѣе, безпокоя больного главнымъ образомъ по ночамъ и при лежаніи. Возникла мысль о туберкулезѣ легкихъ, но лихорадки, потовъ ночныхъ, потери аппетита и похуданія не было. Вскорѣ къ кашлю присоединилась одышка. Врачи уже опредѣленно заявили больному, что у него расширение аорты. Продолжительное и настойчивое леченіе іодомъ принесло большую пользу, и до весны 1896 г. больной чувствовалъ себя сносно, когда кромѣ одышки и кашля стала появляться при ходьбѣ боль въ груди съ отдачею въ руки. Съ этого времени состояніе больного стала рѣзко ухудшаться, и ко мнѣ онъ обратился съ цѣлымъ ворохомъ рецептовъ сердечныхъ средствъ (*digitalis*, *strophantus*, *adonis vernalis*, *diuretin*, *nitroglycerin*) и съ явленіями, указывавшими ясно на расширение восходящей части и дуги аорты.

Такимъ образомъ, сопоставляя между собой главные этапы въ исторіи болѣзни больного, невольно приходилось остановить свое вниманіе на лихорадкѣ, исчезнувшей послѣ специфическаго леченія, и считать ее за одно изъ начальныхъ симптомовъ страданія аорты, повлекшаго за собой ея расширение.

Правильнѣе, конечно, допустить, что это была не сифилитическая лихорадка безъ локализациі, а что она имѣла своимъ источникомъ уже тогда заболѣваніе аорты специфическимъ процессомъ. Равнымъ образомъ едва ли подлежитъ сомнѣнію, что вышеупомянутое біеніе артерій шейныхъ и подключичныхъ зависѣло не отъ лихорадочнаго состоянія больного, а являлось слѣдствіемъ того же аортита. На этотъ

признакъ аортита, какъ извѣстно, давно указываютъ многіе авторы— La-bouléne, Faure (1874), затѣмъ Peter (1881) и Huchard (1890).

Этотъ случай явился исходнымъ пунктомъ для моихъ дальнѣйшихъ изслѣдованій, такъ какъ заставилъ обращать особенное вниманіе на связь лихорадки съ заболѣваніемъ аорты resp. аортитомъ.

Въ настоящее время я могу, на основаніи наблюденій въ этомъ направленіи, считать доказаннымъ, что аортитъ можетъ протекать съ лихорадкою. Эта лихорадка или съ самаго начала осложняетъ аортитъ являясь однимъ изъ начальныхъ и раннихъ его симптомовъ, или появляется въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни, служа выраженіемъ обостренія процесса въ аортѣ.

Приведу еще два случая аортита, наблюдавшихся въ госпитальной терапевтической клиникѣ Императорской Екатерининской больницы.

Больная Б., 42 лѣтъ, поступила въ Императорскую Екатерининскую больницу въ мартѣ 1906 года, съ жалобой на чувство стѣсненія въ груди, сердцебиеніе и мучительное чувство биенія въ головѣ. Больна около 3-хъ мѣсяцевъ. По профессіи — учительница. Вдова; мужъ умеръ отъ прогрессивнаго паралича. Дѣтей не было и беременна не была. Больная не куритъ, не пьетъ спиртныхъ напитковъ и кофе. Пьетъ умѣренно чай. Столъ домашній и достаточный. Когда была здорова отъ занятій не утомлялась. Послѣднія 2 недѣли занятія по болѣзни принуждена оставить.

Изъ предшествующихъ заболѣваній можетъ указать только на корь и дифтеритъ въ дѣтствѣ. Всегда, сколько себя помнитъ, была здорова. Вышла замужъ 26 лѣтъ. Съ мужемъ жила 8 лѣтъ.

Настоящее заболѣваніе началось съ того, что больная стала замѣчать стѣсненіе въ груди и сердцебиеніе. Вскорѣ къ этому присоединилось чувство биенія въ головѣ, которое съ теченіемъ времени усилилось и особенно беспокоило больную. По временамъ бывало чувство жара; измѣреніе температуры показывало повышеніе ея до 37,9. Лѣчилась бромомъ, гальванизаціей шеи и эрготиномъ. Повидимому предполагалась Базедова болѣзнь.

Status praesens. Крѣпкаго тѣлосложенія, за болѣзнь похудѣла, но питаніе остается удовлетворительнымъ. Диспептическихъ явленій со стороны желудка нѣтъ. Отправленіе кишечника не всегда достаточное — ставитъ клистирь черезъ 1—2 дня. Со стороны печени ничего ненормальнаго. Селезенка не увеличена. Моча безъ бѣлка и сахара. Регулы ходятъ правильно, не сильно и безъ боли; бѣлей нѣтъ. Небольшая одышка при движеніи; кашля нѣтъ. По перкуссии и аускультации въ легкихъ нѣтъ измѣненій. Пульсъ 84—86, правильный, хорошаго наполненія. При осмотрѣ бросается въ глаза биеніе сосудовъ шеи, особенно подключичныхъ артерій правой стороны. Арт. аорупна представляется при ощупываніи слегка расширенною, щитовидная железа не измѣнена. лѣвая граница сердца на сосочковой линіи, правая на серединѣ sterni. Въ мѣстѣ выслушиванія аорты систолическій шумъ, распространяющійся въ сосуды шеи, въ остальныхъ мѣстахъ тоны чисты; второй тонъ аорты акцентуированъ; головной боли и головокруженія нѣтъ; сонъ часто плохъ изъ-за „биенія“ и въ шеѣ и въ головѣ. Кожные рефлексы повышены. Симптомъ Грефе отсутствуетъ. Температура утромъ 36,9, вечеромъ 37,4—37,7. Пота нѣтъ.

Въ данномъ случаѣ мы имѣли съ одной стороны объективные признаки аортита, — биеніе сосудовъ шеи и особенно подключичныхъ артерій, главнымъ образомъ съ правой стороны, систолическій шумъ и акцентъ второго тона у основанія справа, — а съ другой — лихорадочное состояніе, для котораго не было другого источника кромѣ пораженія аорты.

Отнести лихорадку къ Базедовой болѣзни, которую, повидимому, искали у больной и въ этомъ смыслѣ проводили леченіе, не было никакого основанія, такъ какъ симптомы этой болѣзни отсутствовали, и представлялось проблематичнымъ и рискованнымъ отнести жалобы больной на сердцебиеніе (замѣтимъ при отсутствіи тахикардіи, пульсъ 84—86) и „біеніе“ въ головѣ вмѣстѣ съ чувствомъ жара и безспорной лихорадки къ нерѣзко выраженной формѣ Базедовой болѣзни.

Вотъ почему, на основаніи вышеперечисленныхъ объективныхъ признаковъ, а также жалобъ больной на стѣсненіе въ груди и одышку, было сдѣлано заключеніе, что мы имѣли дѣло съ аортитомъ. Больной былъ предписанъ покой и назначенъ былъ іодистый натръ (10 на 200,0) въ молоко, съ одной до 4 столовыхъ ложекъ въ день; на основаніе сердца положенъ ртутный пластырь.

Ниже, когда будетъ рѣчь объ этиологіи и леченіи аортита, я объясню, почему была примѣнена указанная терапия.

Вліяніе терапіи прежде всего сказалось на температурѣ, которая къ концу первой недѣли пребыванія больной въ больницѣ сдѣлалась нормальной. Параллельно шло улучшеніе и въ отношеніи постепеннаго уменьшенія и исчезновенія другихъ тягостныхъ для больной симптомовъ. Постепенно прекратились „біеніе“ въ головѣ, стѣсненія въ груди и проч. Въ виду успѣха іодистаго леченія было предпринято комбинированное леченіе іодомъ и ртутью, сдѣлано всего 15 фрикцій по 4,0.

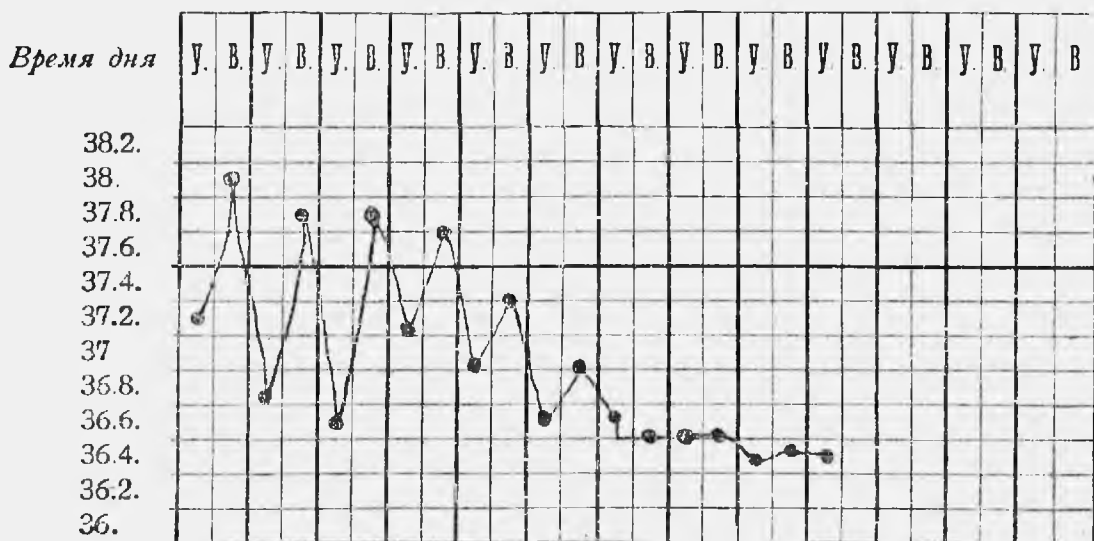
Больная пробыла подъ наблюденіемъ 1½ мѣсяца. Ко времени ухода изъ больницы субъективно она ни на что не могла пожаловаться. Изъ объективныхъ симптомовъ остались: увеличеніе, небольшое, лѣваго сердца, акцентъ на 2 тонѣ аорты. Систолическій шумъ въ аортѣ пропалъ, почти незамѣтно стало біенія подключичныхъ артерій и едва прощупывался расширенный *truncus anonymus*.

Г. Ж., 35 лѣтъ, поступилъ въ госпитальную терапевтическую клинику 18 апрѣля 1909 г. съ жалобой на лихорадочное состояніе и кашель. Больнымъ себя считаетъ съ ноября 1908 года. По профессіи торговецъ въ уѣздномъ городѣ Ярославской губерніи. Не курить, почти не пьетъ спиртныхъ напитковъ. Женатъ, имѣетъ 4-хъ дѣтей; жена не выкидывала. Анамнезъ: отецъ умеръ на 75 году отъ рака желудка. Мать жива, 70 лѣтъ, пользуется хорошимъ здоровьемъ. 3 брата и 3 сестры пользуются хорошимъ здоровьемъ. Одна сестра больна малокровіемъ. Сестра отъ перваго брака отца умерла отъ туберкулеза. Больной отъ втораго брака. Алкоголизмъ не наблюдается. Изъ дѣтскихъ болѣзней не было ни одной. Росъ крѣпкимъ, здоровымъ ребенкомъ. На 22 году перенесъ брюшнотифъ въ тяжелой формѣ. На 23 году уретритъ. На 25, 27 и 32 году страдалъ жабой. Полтора года тому назадъ на твердомъ небѣ явилась язва, которая прошла отъ прижиганій ляписомъ и удаленія зуба (см. ниже). Опухоли железъ не наблюдалось. Года 2 тому назадъ у больного было замѣтно сильное похуданіе, кашель, была ли повышенная температура не помнитъ. Лѣчился мышьякомъ и рыбьимъ жиромъ. Скоро оправился послѣ этой болѣзни и прибавился въ вѣсъ. Настоящее заболѣваніе началось въ ноябрѣ 1908 г. безъ видимой причины (можетъ отъ пива, можетъ отъ сильнаго прыжка). Развились сильные поносы и температура стала повышенная. Съ декабря мѣсяца присоединились кашель, сухой, ночные поты и легкій ознобъ. За это время больной похудѣлъ на 15 фунт. Лѣ-

чился большими дозами хирина; принималъ токоль и креозотъ; дѣлали выпрыскиванія мышьяка. Все это улучшенія не давало, что и заставило больного обратиться въ клинику. Status praesens. Аппетитъ за время болѣзни ухудшился, жажда не повышена, языкъ около корня слегка обложенъ, зубы каріозные, глотаніе не затруднено. Желудокъ: тяжести подъ ложечкой, боли, изжоги, тошноты и рвоты нѣтъ, отрыжка есть, незначительная, пищей. Кишки — урчанье (послѣ пріема пищи), на низъ — 1—2 раза въ день полужидкими массами; шишекъ и крови нѣтъ. Животъ не вздутъ. Печень: границы, консистенція, поверхность и чувствительность нормальны. Селезенка не прощупывается. Мочеиспусканіе свободное, цвѣтъ мочи насыщенный, она прозрачна, реакція кислая, уд. вѣсъ 1014, бѣлка и сахара нѣтъ. Бленнорея — 12 лѣтъ тому назадъ. Люэсъ отрицаетъ. Осадки: ураты, умѣренное количество лейкоцитовъ, эпителий мочевыводящихъ путей. Почки, мочеточники и мочевой пузырь нормальны. Органы дыханія: насморка и носовыхъ кровотеченій нѣтъ, кашель есть, сухой и слабый, кровохарканья, боли и одышки нѣтъ. Перкуссія — небольшое притупленіе въ правой верхушкѣ, подъ ключицей, около sterni. Аускультация — везикулярное дыханіе. Органы кровообращенія: сердцебиенія и боли нѣтъ, границы сердца нормальны, тоны — акцентъ 2-го тона аорты, шумъ — съ 1-мъ временемъ на аортѣ, который проводится въ прав. carotis. пульсъ 84, правильный и напряженный. Нервная система: головной боли и головокруженія нѣтъ, сонъ хороший, память и настроеніе духа безъ перемѣны. Боль въ правомъ плечевомъ суставѣ (при кашлѣ). Поты — по ночамъ изрѣдка. состояніе питанія — похудѣлъ за 5 мѣсяцевъ на 15 фунт. Кровотвореніе: Hb. 115 по Sahli. Эритроцитовъ 5,290,000, лейкоц. 5,990. Лимфатическія железы — увеличены локтевыя. Реакція Pirquet и Calmette'a — отрицательный результатъ.

Что за страданіе было у больного — вопросъ столь же интересный, сколь и представлявшій извѣстныя трудности для распознаванія. Проще всего было остановиться на туберкулезѣ. Въ семьѣ больного — туберкулезная сестра. Самъ больной года два назадъ, повидимому, представлялъ начальные признаки туберкулеза легкихъ: онъ кашлялъ, худѣлъ, температура была повышена. Лечение мышьякомъ и рыбьимъ жиромъ быстро, однако, поправило больного, силы его вполне восстановились, и онъ чувствовалъ себя совершенно здоровымъ до послѣднихъ 4½ мѣсяцевъ. Болѣзнь на этотъ разъ началась съ того, что появился поносъ, слабilo 1—2 раза жидко, почти безъ боли, но съ урчаніемъ въ животѣ. Самъ больной думалъ, что поносъ его вызванъ или нивомъ, котораго онъ выпилъ около 1½ бутылки, или какъ на вторую, вѣроятную по его мнѣнію причину, онъ указывалъ на прыжокъ съ лѣстницы, съ довольно значительной высоты. Около же этого времени бывали повышенія температуры до 37,8. Затѣмъ къ этимъ симптомамъ присоединяются сухой кашель, познабливанія, потъ по ночамъ и потеря въ вѣсѣ. Если къ сказанному присоединить, что у больного опредѣлялось нѣкоторое заглушеніе звука и выдыхъ въ правой верхушкѣ, то предположеніе, что здѣсь туберкулезъ легкаго, казалось вѣроятнымъ, хотя реакція Calmette'a и Pirquet дали отрицательный результатъ. Объяснить однако всю картину болѣзни однимъ туберкулезомъ представлялось невозможнымъ, такъ какъ явленія со стороны сердца и аорты требовали своего толкованія. Эти явленія слѣдующія: 1) приглушеніе звука въ области второго ребра у грудины справа, 2) акцентъ второго тона аорты съ звенящимъ отѣнкомъ, — clangoreux (Bittorf); 3) шумъ систолическій въ аортѣ. Всѣ

эти признаки говорили въ одномъ смыслѣ, что у больного поражена аорта, т.-е. что въ данномъ случаѣ мы имѣли дѣло съ аортитомъ. Аортитомъ же вызывался и кашель больного, какъ рефлекторное явление. Извѣстно, что, какъ показалъ F. Franck, раздраженіе нервныхъ сплетеній, окружающихъ аорту, увеличиваетъ внутри грудное давленіе, вызываетъ спазмъ мелкихъ бронховъ и легочныхъ сосудовъ. Этимъ объясняется не только кашель, но и одышка, а также асматическіе приступы при аортитѣ. Оставалось выяснитъ происхожденіе лихорадки, которую, въ виду перечисленныхъ симптомовъ аоррита, само собой напрашивалось связать съ этимъ страданіемъ. Выше было упомянуто объ язвѣ на твердомъ небѣ больного, бывшей 1½ года назадъ, и якобы прошедшей отъ прижиганія ляписомъ. Эта язва оставила послѣ себя рубецъ звѣдчатой формы. Въ виду этого — участіе сифилиса представлялось очень вѣроятнымъ, и, конечно, было



показано специфическое леченіе. Назначенъ былъ іодистый натръ (10,0 на 200,0 воды), по одной столовой ложкѣ въ молоко одинъ день, затѣмъ два дня по 2 столовыхъ ложки, одинъ день — 3 столовыхъ ложки, потомъ по 4 столовыхъ ложки въ день.

На прилагаемой кривой температуры видно, какъ она подъ вліяніемъ іодистаго леченія, перестала дѣлать лихорадочные взмахи и сдѣлалась нормальной.

На десятый день больной выписался изъ клиники, желая продолжать леченіе въ другой обстановкѣ. Къ іодистой терапіи были присоединены ртутныя фрикціи. Добавлю, что была произведена реакція Вассермана, давшая безусловно положительный результатъ.

Послѣ мѣсячнаго специфическаго леченія больной значительно поправился, прибылъ въ вѣскѣ, температура оставалась все время нормальной, кашель пропалъ. При объективномъ изслѣдованіи — приглушеніе во 2-мъ межреберномъ промежуткѣ справа, и, послѣ сильныхъ движеній, въ этомъ мѣстѣ выслушивался систолическій шумъ.

Чтобы исчерпать вполне все предположенія, которыя могли возникнуть относительно природы аортита въ данномъ случаѣ, нужно остановиться и на возможности туберкулезнаго происхожденія даннаго страданія. Извѣстно, что туберкулезъ, хотя и рѣдко, но можетъ поражать и аорту. О случаѣ туберкулезнаго аортита любезно сообщилъ мнѣ недавно прозекторъ патолого-анатомическаго института В. С. Дѣвицкій. Однако, приводимый мною случай конечно нельзя признать за туберкулезный. Съ одной стороны отсутствіе реакціи Calmette-Pirquet и положительная реакція Вассермана, а съ другой—хорошій результатъ, достигнутый специфическимъ комбинированнымъ леченіемъ (іодъ+ртуть), разумѣется исключаютъ туберкулезъ и заставляютъ насъ остановиться на сифилисѣ, какъ на этиологическомъ моментѣ. Я склоненъ думать, что и тѣ явленія пораженія верхушки праваго легкаго, которыя опредѣлялись у больного, какъ-то: приглушеніе и выдохъ,—весьма возможно были также вызваны сифилисомъ. Въ заключеніе нѣсколько словъ о непосредственномъ этиологическомъ моментѣ, отмѣченномъ самимъ больнымъ,—о прыжкѣ съ лѣстницы. Въ литературѣ, между прочимъ въ лекціяхъ проф. Боткина, можно найти указанія о вліяніи механическихъ причинъ, обуславливающихъ повышеніе кровяного давленія въ системѣ аорты (ударъ въ грудь, паденіе съ высоты и т. д.), на развитіе расширенія аорты. Несомнѣнно, у нашего больного восходящая часть аорты была расширена, и можно допустить, что сжатіе периферическихъ сосудовъ, въ моментъ прыжка, вызвало внезапное повышеніе кровяного давленія, которое съ своей стороны могло способствовать расширенію стѣнокъ уже больной аорты.

При заболѣваніи аорты воспаленіе можетъ коснуться или всей ея стѣнки, или отдѣльныхъ ея оболочекъ, но въ дѣйствительности такое подраздѣленіе едва ли можетъ быть принято, хотя мы въ патологін и встрѣчаемся съ выраженіями *periarteriitis*, *endarteriitis* и *mesarteriitis*. Послѣ извѣстныхъ изслѣдованій Virchow'a о тромбозѣ и воспаленіи сосудовъ на ученіе объ артеріитахъ былъ пролитъ новый свѣтъ. Virchow доказалъ, что на свободной поверхности внутренней оболочки сосудовъ никогда не можетъ образоваться эксудата и что химическія или механическія раздраженія, дѣйствующія непосредственно на внутреннюю или наружную оболочки сосуда, вызываютъ воспалительныя явленія только въ *media* и *adventitia*; измѣненія же *intim'y* суть вторичнаго и пассивнаго характера. Вслѣдствіе отсутствія сосудовъ въ *intim'ѣ*, послѣдняя конечно не можетъ продуцировать самостоятельнаго воспалительнаго эксудата, по той же причинѣ она очень легко склонна къ некрозамъ. Тѣмъ не менѣе она все же можетъ принимать участіе въ острыхъ воспалительныхъ процессахъ. Существованіе самостоятельно появляющихся острыхъ воспаленій большихъ артерій, какъ аорта, подвергнуто сомнѣнію со стороны такихъ патологовъ, какъ Marchand. Случаи, описанные англійскими



авторами (Meade, Wilks, Maxon <sup>1)</sup>, равно и Dujardin-Beaumont'омъ, Marchand считаетъ недоказательными. Онъ не признаетъ также попытки нѣкоторыхъ французскихъ авторовъ (Cognil; Ranrier, Léger <sup>2)</sup>) выдѣлить новую форму заболѣванія аорты въ видѣ „острого аортита“. По мнѣнію Marchand'a въ этихъ случаяхъ дѣло идетъ о раннихъ стадіяхъ обыкновеннаго склероза intim'ы. Нельзя отрицать того, что встрѣчаются случаи, которые, по аналогіи съ острымъ эндокардитомъ, имѣютъ право быть названы острымъ верукокзнымъ и язвеннымъ эндартеріитомъ (аортитомъ), при чемъ патологическій характеръ остраго воспаленія не вполне ясно выраженъ. Появляющіяся при этихъ заболѣваніяхъ небольшія шероховатости и бугристыя разрастанія внутренней оболочки сосуда по своему характеру суть послѣдствія тромбоза; стѣнка сосуда на мѣстахъ воспаленія дрябла, размягчена и вслѣдствіе этого бугрообразна и склонна къ изъязвленію и перфорации. Надо замѣтить, что въ этихъ случаяхъ мы имѣемъ дѣло съ распространеніемъ процесса съ полулунныхъ клапановъ аорты или легочной артеріи на intim'у сосудовъ, подобно тому, какъ нерѣдко острый эндокардитъ съ клапановъ распространяется на эндокардій сердечной стѣнки. Обыкновенно поражаются только небольшіе участки sinus Valsalvae главнымъ образомъ противъ верхняго края полулунныхъ клапановъ, иногда процессъ распространяется еще дальше и можетъ дойти до arcus аорты. Родъ распространенія этого процесса производитъ впечатлѣніе какъ бы непосредственной прививки. Такіе случаи описаны Weber'омъ, Hyedloff'омъ, Gordon'омъ, Hochhaus'омъ<sup>2)</sup>). Въ противорѣчій съ этимъ взглядомъ стоитъ воззрѣніе другихъ изслѣдователей, не менѣе компетентныхъ, что процессъ при аортитѣ очень часто начинается выше клапаннаго кольца и затѣмъ уже можетъ непосредственно перейти на клапаны. Это мнѣніе находится въ полномъ согласіи съ ученіемъ Virchow'a, по которому патолого-анатомическій процессъ при аортитахъ начинается не съ intim'ы, а съ adventitia, въ которой появляется диффузная мелкоклѣточная инфильтрація, особенно ярко выраженная въ окружности vasa vasorum, а позднѣе появляются воспалительныя измѣненія съ гигантскими клѣтками и некрозами въ media.

Въ числѣ этиологическихъ моментовъ при аортитахъ большинствомъ авторовъ указывается на слѣдующія причины: механическія (повышеніе кровяного давленія въ артеріяхъ, частыя и рѣзко выраженные перемѣны въ давленіи), токсическія (алкоголь, табакъ, свинецъ), инфекціонныя болѣзни (изъ острыхъ — тифъ и оспа, изъ хроническихъ — сифилисъ) и разстройства въ обмѣнѣ вѣществъ (діабетъ, подагра).

<sup>1)</sup> Цитир. по Eulenburg's Real-Enciklopädie. 1907. Bd. I, s. 780.

<sup>2)</sup> Цитир. по Eulenburg's Real-Encyklopädie. 1907. Bd. I, s. 781.



По моимъ наблюденіямъ, первенствующую роль въ патогенезѣ аортита играетъ безспорно сифилисъ. За 1910 и текущій 1911 годъ, всѣхъ случаевъ пораженія аорты въ нашей клиникѣ было 48. Исключивъ изъ этого числа 16 случаевъ недостаточности клапановъ аорты, гдѣ въ этиологіи отмѣчается острый сочленовой ревматизмъ, пуэрперальная и другія инфекции, остается 32 случая, изъ которыхъ въ 29 имѣется или lues въ анамнезѣ, или положительная реакція Wassermann'a, или сифилисъ другихъ органовъ (печень, центральная нервная система), т. е. въ 90,63% несомнѣнное вліяніе сифилиса.

Интересны новѣйшія литературныя данныя по этому вопросу. Reuter <sup>1)</sup> въ случаѣ aortitis fibrosa у 44-лѣтняго мужчины, у котораго ни анамнестически, ни анатомически нельзя было діагносцировать сифилиса, нашелъ многочисленныя spirochetы въ стѣнкѣ сосуда. Спирохеты могли быть найдены только въ разрастаніяхъ intimis, въ мѣстахъ, гдѣ отсутствовали регрессивныя измѣненія. Schmorl <sup>2)</sup> также констатировалъ спирохеты въ media заболѣваго сосуда.

Wiesner и Bruns (Fortschritte der Medicin. № 28, 1911, стр. 658), изслѣдуя самостоятельно и отдѣльно другъ отъ друга аорты новорожденныхъ сифилитиковъ, нашли измѣненія въ adventitia и media, находимыя обыкновенно и у взрослыхъ; подобныя измѣненія постоянно отсутствовали у дѣтей несифилитиковъ. Въ виду того, что другіе этиологическіе моменты, какъ отравленіе свинцомъ, а также инфекціонныя заболѣванія можно и должно исключить, то авторы въ этомъ усматриваютъ безспорное доказательство сифилиса въ этиологіи аортита.

Послѣ того какъ Wassermann'овская реакція была введена въ распознаваніе сифилиса, цѣлый рядъ авторовъ констатировалъ очень большую частоту ея при заболѣваніи аорты. Такъ Donath нашелъ положительную реакцію по Wassermann'у въ 85,5% случаевъ недостаточности аорты, Citron въ 17 случаяхъ 10 разъ, Schulz въ 12 случаяхъ 11 разъ, Dennecke въ 13 случаяхъ 12 разъ, Grau въ 23 случаяхъ 22 раза, Schmincke <sup>3)</sup> изъ 14 случаевъ болѣзни аорты констатировалъ въ 13, или сифилитическія измѣненія еще въ другихъ органахъ или сифилисъ въ анамнезѣ, или положительную Wassermann'овскую реакцію.

Такимъ образомъ, изслѣдованія послѣдняго времени еще болѣе подтверждаютъ тѣсную связь аортита съ сифилисомъ.

Обращаясь къ распознаванію аортита, необходимо отдать извѣстную дань современнымъ стремленіямъ діагностики путемъ рентгеноскопій. Этой области касаться я не буду, но не могу не замѣтить, что рентгеносконія даетъ положительныя указанія тогда, когда въ

<sup>1)</sup> Neue Befunde von Spirocheta pallida. Zeitschr. f. Hygien. 1906. LIV.

<sup>2)</sup> Deutsche Medic. Woch. 1906. № 26. (Schlimpert).

<sup>3)</sup> Fortschritte der Medic. 1911. № 28.

стѣнокъ аорты наступили уже опредѣленные матеріальныя измѣненія, повлекшія за собой уже расширеніе сосуда. Конечно, въ такихъ случаяхъ перкуссія и другіе способы физическаго изслѣдованія въ рукахъ опытнаго клинициста не можетъ не дать тѣхъ же указаній расширенія аорты.

На основаніи моихъ наблюденій, къ уже извѣстнымъ клиническимъ признакамъ аортита, я полагаю, нужно присоединить и лихорадку, нерѣдко сопровождающую аортитъ. Если мы вспомнимъ, какія измѣненія отмѣчаются патологоанатомами при аортитѣ, то лихорадка уже а priori должна считаться естественнымъ послѣдствіемъ этихъ измѣненій. Здѣсь мы видимъ полную аналогію съ тѣмъ, что происходитъ при эндокардитѣ, даже доброкачественномъ. Въ случаяхъ такъ называемыхъ неопредѣленныхъ лихорадокъ, куда я позволю себѣ отнести и сифилитическую лихорадку безъ локализаціи, слѣдуетъ по-моему помнить о возможности появленія такой лихорадки при аортитѣ въ его начальной формѣ, въ особенности у лицъ, страдавшихъ люэсомъ.

Переходя къ леченію аортита, въ виду всего вышесказаннаго объ этиологіи этого страданія, я высказываюсь сторонникомъ энергичнаго специфическаго леченія аортита ртутью и іодомъ. Специфическое леченіе, особенно іодистое, должно быть повторяемо. Такъ, послѣ основательнаго ртутнаго леченія (15—30 втираній по 4,0), я рекомендую давать іодъ (5% растворъ іодистаго натра) въ теченіе 6 недѣль, доводя дозу до 4—6 столовыхъ ложекъ въ день, лучше всего въ молоко или небольшомъ количествѣ щелочной воды. Черезъ мѣсяцъ, много черезъ 6 недѣль, снова іодъ такимъ же способомъ. Такимъ образомъ леченіе іодомъ должно производиться въ теченіе года съ указанными промежутками. Затѣмъ іодистое леченіе должно быть повторяемо не менѣе 3—4 раза въ годъ.

Какъ отнестись въ такихъ случаяхъ къ леченію сальварзаномъ? Само по себѣ пораженіе аорты, безъ ясно выраженнаго міокардита, не служитъ противопоказаніемъ къ впрыскиванію (внутривенному) сальварзана, при чемъ первое впрыскиваніе должно быть сдѣлано съ малой дозой (0,2—0,3).

Необходимы однако дальнѣйшія наблюденія въ этомъ направленіи.

Октябрь, 1911 г.

---

О Б З О Р Ы  
ВРАЧЕБНОЙ ДѢЯТЕЛЬНОСТИ

КЛИНИКЪ

Императорской Екатерининской Больницы

съ 1 сентября 1908 по 1 сентября 1909 г.

---

*Обзоры составлены врачами клиник подъ ред. директоровъ  
и завѣдующихъ отдѣленіями.*

# ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КЛИНИКА.

## I. Болѣзни органовъ пищеваренія.

1 случай мерицизма и hyperchlorhydri'i (занятая) сочетавшихся съ неврастеніей, развившейся послѣ удара струей воды въ подложечную область. Лечение висмутомъ, электризаціей, психотерапія — дали выздоровленіе.

2 случая hyperaciditas, при неврастеніи; со стороны желудка — диспептическія явленія. Лечение неврастеніи улучшило диспептическія явленія и понизило hyperaciditas.

1 случай хроническаго катарра желудка на почвѣ алкоголизма, сопровождавшагося невритомъ глазныхъ нервовъ и множественнымъ невритомъ.

1 случай a chlorhydri'i и истеріи; одинъ случай тяжелой dyspepsiae nervosae — наступило улучшение.

2 случая crises gastriques при tabes. Въ одномъ наступило улучшение.

16 случаевъ круглой язвы желудка; изъ нихъ 14 мужчинъ и 2 женщины; во всѣхъ случаяхъ можно было констатировать повышенное содержаніе соляной кислоты въ желудочномъ сокѣ; въ двухъ случаяхъ больные были доставлены въ клинику съ явленіями желудочнаго кровотеченія; въ двухъ случаяхъ круглая язва сопровождалась расширеніемъ желудка.

Во всѣхъ случаяхъ наступило излеченіе resp. исчезновеніе всѣхъ болѣзненныхъ симптомовъ.

Въ одномъ случаѣ былъ діагносцированъ ulcus duodeni у мужчины 53 лѣтъ. Боли появлялись два часа спустя послѣ ѣды и сосредоточивались въ области двѣнадцатиперстной кишки; въ испражненіяхъ была кровь; языкъ былъ чистъ. Въ анамнезѣ сильный abusum spirituosorum. Послѣ лѣченія висмутомъ, минеральными водами и діетой больной выписался поправившись.

Новообразованій желудка было всего 5 случаевъ: 4 мужчины и 1 женщина; во всѣхъ случаяхъ дѣло шло о далеко зашедшихъ въ своемъ развитіи карциномахъ: была кахексія, наличность большихъ опухолей. Въ трехъ случаяхъ наступила смерть — въ одномъ при явленіяхъ глубокой комы; въ остальныхъ случаяхъ больные выписались съ ухудшеніемъ.

Изъ заболѣваній кишечника было 9 случаевъ аппендицита: 6 муж.

чинъ и 3 женщины. Въ двухъ случаяхъ была сдѣлана операція. Въ обоихъ случаяхъ былъ рѣзко выраженъ лейкоцитозъ и былъ диагностированъ гнойникъ въ области червообразнаго отростка. Послѣ операціи больные безъ осложненій поправились. Въ одномъ случаѣ у дѣвушки 15 лѣтъ процессъ протекалъ съ очень высокой температурой и въ области отростка была обнаружена большая опухоль, былъ также рѣзкій лейкоцитозъ. Больная поправилась безъ операціи. Остальные случаи протекли безъ осложненій и больные выписались въ хорошемъ состояніи. Лейкоцитозъ колебался отъ 7000—9000. Въ 7 случаяхъ приступъ былъ въ 1-й разъ, въ 2-хъ—второй разъ. Бѣлокъ былъ обнаруженъ въ 2-хъ случаяхъ и во всѣхъ случаяхъ была ясная реакція на индиканъ и уробилинъ.

*Enterocolitis membranacea* былъ въ одномъ случаѣ. Въ этиологіи *neurasthenia*; больной выписался съ улучшеніемъ.

*Enterocolitis* было 3 случая. Въ одномъ случаѣ болѣзнь развилась послѣ погрѣшности въ діетѣ у больного, сильно злоупотреблявшаго спиртными напитками; выписался поправившись. Въ другомъ случаѣ, у больного 26 лѣтъ, процессъ былъ очень бурный; послабленія съ примѣсью крови, съ кусками непереваренной пищи наступали непосредственно послѣ ѣды; было высказано подозрѣніе на злокачественную опухоль, спаяніе желудка съ *colon transversum* и послѣдующее изъязвленіе стѣнки между ними; такъ и оказалось при вскрытіи. Въ третьемъ случаѣ *enterocolitis* протекалъ въ подострой формѣ. Поносъ былъ со слизью безъ крови; интересно, что, несмотря на сопутствующія диспептическія явленія, языкъ былъ совершенно чистъ. Въ анамнезѣ отравленіе фосфоромъ 12 лѣтъ назадъ и *malaria* непосредственно передъ развитіемъ *enterocolit'a*. Послѣ лѣченія минеральными водами, діетой и висмутомъ больной выписался значительно поправившимся.

*Soprostsais* былъ въ одномъ случаѣ у женщины 52-хъ лѣтъ. Передъ развитіемъ копростазы были боли въ области слѣпой кишки, въ анамнезѣ нѣсколько приступовъ аппендицита. Впрыскиваніе атропина и послѣдующія масляныя клизмы произвели очень хорошій эффектъ и больная выписалась здоровой.

*Neus* былъ 1 разъ, на почвѣ опухоли *flexurae sigmoideae*; были явленія перитонита и асцита; при операціи была обнаружена геморрагическая жидкость въ полости живота и раковая опухоль *flexurae sigmoideae*. Больная скончалась.

## 2. Болѣзни печени.

Страдающихъ болѣзнями печени было 16 человекъ, изъ нихъ 9 выписались съ улучшеніемъ, 4 безъ улучшенія, 1 оперированъ и 2 умерли.

*Cholelithiasis et colica hepatica* — 6 случаевъ: 3 женщины и 3 мужчины. Всѣ выписались, оправившись, безъ какихъ-либо осложненій. Жел-

туха и пигментъ въ мочѣ были ясно выражены только въ двухъ случаяхъ. Въ двухъ случаяхъ былъ бѣлокъ въ мочѣ, исчезнувшій послѣ лѣченія. Въ анамнезѣ одного случая *tbc. apicis pulmonis*, въ 2-хъ случаяхъ алкоголизмъ, въ 2-хъ *malaria* и въ одномъ тучность. Во всѣхъ случаяхъ при лѣченіи хорошее вліяніе кромѣ каломеля и минеральныхъ водъ оказывали высокія клизмы (орошенія). *Icterus catarrhalis* наблюдался въ двухъ случаяхъ; одинъ больной въ анамнезѣ имѣлъ малярію, другой злоупотреблялъ алкоголемъ; въ обоихъ случаяхъ болѣзнь появилась послѣ погрѣшности въ діетѣ. Оба больные послѣ лѣченія діетой, — каломелемъ и Карлсбадомъ выписались поправившись.

*Cirrhosis hepatis biliaris* (Hanot) былъ представленъ въ одномъ случаѣ у мужчины 34 лѣтъ. Жалобы были на боли подъ ложечкою и желтуху. Печень и селезенка увеличены, также увеличены лимфатическія железы въ пахахъ, подмышкахъ и на шеѣ; алкоголемъ больной не злоупотреблялъ. Заболѣлъ 1903 года, желтуха временами исчезала, съ 1906 года присоединилась наклонность къ запору; съ 1907 года желтуха стала постоянной. 3 мѣсяца испражненія почти обезцвѣчены. Больной выписался безъ улучшеній.

*Cirrhosis hepatis hypertrophica venosa* наблюдался въ 3-хъ случаяхъ: 1) мужчина 40 лѣтъ *rotator*. Диспепсія, наклонность къ поносамъ, увеличеніе печени и селезенки, развитіе венъ на животѣ, желтуха, носовыя кровотеченія. Въ виду присутствія крови въ мокротѣ и подозрительныхъ хриповъ въ легкихъ было обращено тщательное вниманіе на *tbc*, но ни бациллъ, ни положительной реакціи на *tuberculin* не было обнаружено. Въ виду неровности поверхности печени было сдѣлано предположеніе о возможности *lues'a* и предпринято лѣченіе іодомъ, но особаго эффекта не получилось, и больной выписался безъ улучшенія. 2) Мужчина 40 лѣтъ *rotator*, явленія были приблизительно тѣ же, за исключеніемъ сердца и сосудовъ; сосуды были очень жестки, шумъ съ первымъ временемъ у аорты и увеличеніе сердца влѣво на палецъ за сосокъ. Было предпринято лѣченіе іодомъ, но безрезультатно. Больной выписался безъ улучшенія. 3) Мужчина 39 лѣтъ *rotator*, увеличеніе печени, развитіе венъ на животѣ, легкая желтуха, асцитъ, увеличенія селезенки не удалось обнаружить. Послѣ лѣченія іодистымъ натромъ и мочевиной асцитъ исчезъ, диспептические явленія уменьшились и больной выписался съ замѣтнымъ улучшеніемъ.

*Cirrhosis hepatis atrophicans* въ первомъ случаѣ у женщины 45 лѣтъ въ анамнезѣ *malaria*. 9 лѣтъ назадъ врачами отмѣчалось увеличеніе печени, потомъ постепенно развился атрофическій процессъ и у насъ печень изъ подъ-края реберъ не выдавалась, селезенка была увеличена и рѣзко выраженъ асцитъ. Вслѣдствіе кровопотерь изъ кишечника развилась анемія, шумъ *in arteria pulmonali*, болѣзненность костей и ослабленіе зрѣнія. Больная выписалась съ ухудшеніемъ. Второй случай — мужчина 45 лѣтъ *rotator*, боленъ 4 года, диспептические явленія, поносы, желтуха, асцитъ, печень уменьшена, селезенки

въ виду асцита обнаружить не удалось, подмышечныя лимфатическія железы увеличены. Больной скончался. 3-й случай мужчина 50 лѣтъ rotator кромѣ явленій аналогичныхъ предыдущему случаю, у больного были рѣзкія явленія міокардита. Больной скончался.

Echinococcus hepatis былъ въ одномъ случаѣ у женщины 59 лѣтъ, жаловалась на боли подъ правымъ подреберьемъ съ отдачею въ лопатку; желтухи и желчныхъ пигментовъ въ мочѣ не было, въ области желчнаго пузыря была опухоль; печень была увеличена. Эозинофиловъ въ крови было 4%, лейкоцитовъ 6500, эритроцитовъ 4140000

Hb 85%. При операциі былъ удаленъ одинъ пузырь, находившійся около желчнаго пузыря. Больная черезъ 40 дней умерла, при вскрытіи обнаружено присутствіе еще пузырей эхинококка въ задней части печени, перфорациа прилежащей части venaе cavae superioris и обсеменение эхинококковыми пузырями брюшины.

### 3) Болѣзни мочевыхъ органовъ.

Острый нефритъ наблюдался только въ 1 случаѣ — у мужчины 22 лѣтъ послѣ простуды. Черезъ 23 дня больной выписался изъ больницы безъ бѣлка и отековъ.

Хроническій нефритъ наблюдался у 21 мужчины и 14 женщинъ, изъ нихъ 14 поступили въ больницу въ стадіи обостренія хроническаго нефрита. По возрасту больныхъ можно распредѣлить такъ: до 30 лѣтъ — 5 мужчинъ и 4 женщины, отъ 30 до 40 лѣтъ — 8 мужчинъ и 4 женщины, отъ 40 до 50 лѣтъ — 2 мужчинъ и 4 женщины и старше 50 лѣтъ — 6 мужчинъ и 2 женщины. Что касается этиологіи заболѣванія, то у мужчинъ въ анамнезѣ чаще всего отмѣчается abus<sup>us</sup> spirituosorum (10 случ.). Въ 13 случаяхъ этиологическій моментъ не могъ быть выясненъ съ точностью, въ 4 случаяхъ за таковой нужно было считать инфекціонныя болѣзни (скарлатина и др.) и въ 8 случаяхъ — простуду. Уремическія явленія были у 9 больныхъ. 6 больныхъ выписались безъ бѣлка и отековъ, умерло 4, безъ улучшенія выписался 1, остальные съ болѣе или менѣе значительнымъ улучшеніемъ.

Случаевъ піелита было 6: 1 мужчина (pyelitis calculosa) и 5 женщинъ. У одной больной піелитъ былъ гонорейнаго происхожденія, у другой въ мочѣ была найдена кишечная палочка.

Съ почечной коликой было 2 мужчинъ и 4 женщины. Въ 2 случаяхъ были болѣзненны обѣ почки, въ 2 — правая и въ 2 — лѣвая. Только въ одномъ случаѣ колика вызывалась оксалатами, во всѣхъ остальныхъ въ мочѣ былъ значительный осадокъ уратовъ и мочевой кислоты.

Кромѣ перечисленныхъ больныхъ былъ еще одинъ больной съ паранефритомъ (лѣвостороннимъ). По выясненіи діагноза онъ былъ переведенъ въ хирургическую клинику.



#### 4) Болѣзни сердца и сосудовъ.

Въ отчетномъ году болѣзни сердца распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

Пороки клапановъ сердца:

всего 21 случай; 16 мужчинъ, 5 женщинъ.

Недостаточность митральной заслонки: 3 случая (всѣ женщины). Всѣ 3 случая сопровождались подострымъ эндокардитомъ; этиологическимъ моментомъ являлся острый и подострый сочленовный ревматизмъ; 2 изъ нихъ выписались съ улучшеніемъ, 1 безъ улучшенія.

Суженіе лѣваго венознаго отверстия: 9 случаевъ; 8 мужчинъ, 1 женщина; въ 4-хъ случаяхъ этиологич. моментомъ являлся сочленовный ревматизмъ, въ 3-хъ случаяхъ предшествовавшія инфекціонныя заболѣванія (въ 2-хъ изъ нихъ кромѣ того туберкулезъ); въ 1 случаѣ *abusus spirituosorum*; въ 1 случаѣ этиологіи выяснить не удалось. Въ 7-ми случаяхъ наступило улучшеніе, 1 совершенно безъ улучшенія, 1 больной умеръ.

Комбинація митральной недостаточности съ суженіемъ лѣваго венознаго отверстия: 2 случая (мужч. и женщ.) Этиологія въ обоихъ — сочленовный ревматизмъ; оба выписались съ улучшеніемъ.

Недостаточность аортальныхъ клапановъ: 6 случаевъ, всѣ у мужчинъ; этиологія во всѣхъ — *lues*. 1 случай сопровождался расширеніемъ восходящей части аорты; 2 случая умерли. 1 случай (1 мужч.) комбинированнаго пораженія лѣваго венознаго отверстия (*stenosis*) и аортальныхъ клапановъ (*insufficiencia*). Въ анамнезѣ подострый ревматизмъ и скарлатина. Выписался съ улучшеніемъ.

Острый эндокардитъ: 4 случая (2 мужч., 2 женщ.) Этиологія въ 2-хъ случаяхъ — сочленовный ревматизмъ; 1 случай послѣ ангины; въ 1-мъ случаѣ этиологія не ясна (повидимому послѣ какой-то предшествовавшей инфекціонной болѣзни). 3 случая кончились смертью; 1 сл. выписался съ улучшеніемъ; въ 2-хъ случаяхъ было осложненіе перикардитомъ.

Мышечныя заболѣванія сердца (миокардиты). Всего 17 случаевъ; изъ нихъ 6 женщ., 11 мужч.

Этиологія: *Lues* отмѣчается . . . . . въ 3-хъ случ.

*Abusus spirituosorum* . . . . . „ 7-ми „

Предшествовавш. инфекц. бол. . . . . „ 3-хъ „

Сочленовный ревматизмъ . . . . . „ 1-мъ „

*Malaria* . . . . . „ 1-мъ „

Этиологія не выяснена . . . . . „ 2-хъ „

10 случаевъ были осложнены хроническимъ нефритомъ. Въ 3-хъ случаяхъ рѣзко былъ выраженъ артеріосклерозъ; въ 1 случай на 1-й планъ выступали явленія стенокардіи. 1 случай сопровождался внезапно развившимся (за 3 года до поступленія въ клинику) *exophthalmus*омъ (M. Basedowii. forme fruste). Въ 1 случай гемиплегія *post haemorrhag. cereb*; 13 случаевъ выписались съ улучшеніемъ; 1 случай безъ улучшенія; въ 3 случаяхъ наступила смерть.

### Пораженіе аорты.

Аневризмы: 3 женщ., 2 мужч. Въ 2-хъ случаяхъ пораженіе *partis ascendentis*, въ 1 сл. *part. ascendent. et trunci anonym.*, 1 сл. *arcus aortae*, 1 случай *part. ascenden., arcus et part. descendent.* 3 случая выписались съ улучшеніемъ; 2 безъ улучшенія; въ 4-хъ случаяхъ отмѣчается *lues*; 1 случай—этіологія не выяснена.

2 случая хроническаго люетическаго аортита, сопровождавшагося артеріосклерозомъ (оба у мужч.). Въ 1 случай смерть наступила во время приступа стенокардіи.

1 случай атероматоза аорты, въ которомъ этіологія осталась не выясненной; сопровождался сильнымъ жировымъ перерожденіемъ *myocardii*; смерть наступила внезапно въ теченіе 2-хъ часовъ.

### 5) Болѣзни органовъ дыханія.

Случай стеноза гортани сифилитическаго происхожденія у 17-лѣтней дѣвушки; леченіе іодомъ и ртутью устранило явленія постепенно нараставшаго стеноза; наступило также улучшеніе общаго состоянія: появились впервые регулы и за время пребыванія въ клиникѣ больная прибавилась въ вѣсѣ на 17 фун.

Туберкулеза легкихъ было всего 20 случаевъ; 9 мужчинъ и 11 женщинъ. Въ 8 случаяхъ исходъ былъ смертельный: одинъ отъ осложненія туберкулезнымъ менингитомъ, другой — крупозной пневмоніей, въ третьемъ случаѣ незначительное пораженіе верхушки сочеталось съ тяжелой формой маляріи (много плазмодій въ крови); при вскрытіи кромѣ туберкулезнаго очага въ верхушкѣ — паренхиматозное перерожденіе сердечной мышцы и большая дряблая селезенка.

Въ четвертомъ случаѣ туберкулезъ легкихъ осложнился общимъ милиарнымъ туберкулезомъ.

Въ пятомъ—туберкулезъ легкихъ сопровождался адгезивнымъ перикардитомъ туберкулезнаго происхожденія.

Въ шестомъ смерть наступила вслѣдствіе прободнаго воспаленія брюшины; причина—туберкулезная язва кишечника; кромѣ того, при вскрытіи въ желудкѣ были найдены многочисленныя пептические язвы,

послужившія причиной обильнаго желудочнаго кровотеченія, наступившаго за нѣсколько дней до смерти больной.

Въ седьмомъ — туберкулезъ легкихъ сопровождался амилоидомъ печени, селезенки и почекъ.

Въ восьмомъ — обширное туберкулезное пораженіе легкихъ сочеталось съ туберкулезными язвами кишечника и червообразнаго отростка.

Въ остальныхъ 12 случаяхъ туберкулеза легкихъ слѣдуетъ отмѣтить: одинъ — осложненный симптомомъ Корсакова — на почвѣ алкоголизма; въ другомъ — туберкулезъ легкихъ протекалъ вмѣстѣ съ кифозомъ; въ третьемъ — туберкулезъ легкихъ сопровождался общимъ значительнымъ ожирѣніемъ.

Случаевъ крупознаго воспаленія легкихъ было всего 39: 27 мужчинъ и 12 женщинъ. Изъ нихъ 24 случая правостороннихъ пневмоній, 12 лѣвостороннихъ и три случая двустороннихъ пневмоній.

Больше всего было случаевъ пораженія правой нижней доли — 18, и меньше всего случаевъ пораженія средней доли праваго легкаго — 3.

Смертью кончились 8 случаевъ; 2 отъ осложненія веррукознымъ эндокардитомъ, 1 отъ гнойнаго менингита; въ одномъ случаѣ былъ обнаруженъ при вскрытіи адгезивный перикардитъ туберкулезнаго происхожденія; въ одномъ крупозная пневмонія сопровождалась гнойнымъ плевритомъ; послѣ резекціи ребра смерть наступила отъ гангрены легкаго.

Смерть отъ крупозной пневмоніи послѣдовала также въ одномъ случаѣ общаго ожирѣнія, сопровождавшагося діабетомъ, а также у алкоголика, страдавшаго міокардитомъ; наконецъ, былъ случай смертельнаго исхода двусторонней крупозной пневмоніи при наличности хроническаго паренхиматознаго нефрита.

Изъ прочихъ 31 случаевъ, кончившихся выздоровленіемъ, слѣдуетъ отмѣтить одинъ, гдѣ наступилъ *partus praematurus*, другой, гдѣ крупозное воспаленіе протекло благополучно, несмотря на то, что больной страдалъ діабетомъ и туберкулезомъ легкихъ; въ третьемъ — пневмонія осложнилась эмпіемой, кончившейся благополучно послѣ резекціи ребра; въ четвертомъ — воспаленіе легкихъ сопровождалось невритомъ нижнихъ конечностей инфекціоннаго происхожденія.

Случаевъ катаральной пневмоніи было всего 11; 4 мужчинъ и 7 женщинъ. Всѣ случаи кончились выздоровленіемъ.

Въ большинствѣ можно было отмѣтить предшествовавшія явленія каттара верхнихъ дыхательныхъ путей.

Въ одномъ случаѣ каттаральная пневмонія осложнилась серознымъ плевритомъ, содержащимъ чистую культуру диплококка; въ другомъ лобарная пневмонія тянулась нѣсколько недѣль съ высокой гектической температурой; въ мокротѣ были обнаружены стрептококки въ чистой культурѣ; наступило выздоровленіе.

Случай бронхоэктаза, наступившаго вслѣдъ за затянувшейся

пнеймоніей; больной выдѣлялъ до литра мокроты въ сутки; физическіе симптомы указывали на существованіе полости въ нижней долѣ лѣваго легкаго; терапія осталась безуспѣшной; была предложена операція, отъ которой больной отказался.

2 случая гнойника въ легкомъ; первый случай у алкоголика: послѣ крупозной пнеймоніи въ періодъ разрѣшенія послѣдней наступили явленія абсцесса въ легкомъ; послѣ резекціи 9-го ребра слѣва—наступило выздоровленіе.

Во второмъ случаѣ абсцессъ занималъ верхнюю долю праваго легкаго; дѣло началось также съ пнеймоніи; была произведена резекція 3 и 4 ребра сзади между позвоночникомъ и лопаткой, обнаружена полость величиной съ куриное яйцо; больной выздоровѣлъ.

1 случай интерстиціальной пнеймоніи.

3 случая эмфиземы и хроническаго бронхіальнаго катарра; въ двухъ изъ нихъ—эмфизема сопровождалась миокардитомъ; больные получили облегченіе.

11 случаевъ серозныхъ плевритовъ; 8 у мужчинъ и 3 у женщинъ; изъ нихъ 7 правостороннихъ, и 4 лѣвостороннихъ; во всѣхъ случаяхъ помощью пункции была установлена лимфогенная формула эксудата, и только въ 8 случаяхъ можно было доказать наличность туберкулезнаго очага въ легкихъ.

Въ одномъ случаѣ плевритъ сочетался съ тяжелой маляріей (большая селезенка, плазмодіи въ крови); 2 случая кончились смертью; въ одномъ—къ плевриту присоединился перикардитъ, а затѣмъ и милиарный туберкулезъ; въ другомъ—двусторонній плевритъ сопровождался туберкулезнымъ перитонитомъ; развилась непроходимость кишекъ; послѣ лапоротоміи—смерть; при вскрытіи обширное туберкулезное пораженіе брюшины и кишекъ и гангрена нижней доли праваго легкаго.

Изъ 9 случаевъ, кончившихся выздоровленіемъ, въ 5—пришлось прибѣгнуть къ выпусканію эксудата; показаніемъ къ этому были: быстрое накопленіе выпота, и значительная одышка при смѣщеніи сердца; леченіе серозныхъ плевритовъ аутосеротерапіей, по методу Жильбера, который вновь рекомендуется нѣкоторыми авторами, не дало благоприятнаго результата.

2 случая эмпіэмы; одинъ послѣ стрептококковой пнеймоніи; въ гноѣ выпота оказалась чистая культура стрептококка; послѣ резекціи ребра—выздоровленіе; другой случай эмпіэмы послѣ повторныхъ плевритовъ туберкулезнаго происхожденія; послѣ резекціи 9 реберъ наступило улучшеніе.

## 6. Болѣзни крови.

Въ отчетномъ году наблюдались слѣдующія болѣзни крови:

Вторичные анэміи: 2 случая, оба у женщинъ; въ 1-мъ случаѣ анэмія развилась на почвѣ повторныхъ метроррагій (послѣ выкидыша): НВ—42%, красн. тѣлецъ 2.300.000; во 2-мъ случаѣ — у женщины 41 г., страдавшей хроническимъ метритомъ, вѣроятно въ связи съ наступленіемъ менопаузы, появились обильныя затяжныя менструаціи: НВ упалъ до 28%, красн. тѣльца до 3.000.000. Въ обоихъ случаяхъ значительное улучшение.

Chlorosis: 1 случай у 22-лѣтней женщины, осложненіе небольшимъ пораженіемъ легочныхъ верхушекъ. При поступленіи НВ—25%, красн. тѣлецъ 2.680.000; при выходѣ изъ клиники 71% НВ, 4.220.000 кр. тѣлецъ.

Пернициозная анэмія: 2 случая, оба у женщинъ, оба кончились летально, этиологія того и другого случая осталась невыясненной. Въ 1-мъ случ. (женщ. 44 л.) НВ—22%; кр. тѣл. — 1.000.000; множественныя кровоизліянія въ сѣтчатку; во 2-мъ случаѣ (жен. 34 л.)—НВ—30%, красн. тѣл. 1.800.000; сильно выраженный пойкилоцитозъ. Довольно много эритробластовъ и эритрокаріонитовъ.

1 случай острой лимфатической лейкеміи (у 25 л. мужч.).

Быстрое развитіе опухоли лимфатическихъ железъ въ лѣвой подмышечной впадинѣ, значительный упадокъ силъ, болѣзненность грудной кости. Паденіе гемоглобина до 23%; эритроцитовъ до 800.000; обильныя носовыя кровотечения. Лейкоцитовъ 12.000. Сильное преобладаніе одноядерныхъ элементовъ; найдены, хотя и въ небольшомъ количествѣ, міелоциты. Большой выписался въ крайне тяжеломъ состояніи.

Псевдолейкемія—1 случ.: множественная опухоль железъ, увеличеніе селезенки, НВ—80%, красн. тѣльца—3.900.000, бѣлыхъ 45.000 (40% мононуклеаровъ, 59% полинуклеар., 1% эозинофиловъ). Міелоцитовъ найдено не было. Лихорадка интермиттирующаго типа. Въ анамнезѣ lues; выписался съ улучшеніемъ.

Анаемія splenica — 3 случая (все у женщинъ). Въ 2-хъ случаяхъ очень сильное увеличеніе селезенки (почти до crista ossis ilei), небольшое увеличеніе печени, отсутствіе асцита; въ 1-мъ изъ нихъ очень сильное ухудшеніе состава крови: НВ—18%, красн. тѣлецъ 2.500.000 и уменьшеніе количества бѣлыхъ до 2.820; въ другомъ составъ крови лучше: НВ—80%; красн. тѣл. 4.500.000, бѣлыхъ 63.500. Въ 1-мъ случаѣ въ анамнезѣ—lues, во 2-мъ—malaria. Обѣ больныя выписались безъ улучшения.

3-й случ., сопровождавшійся довольно значительнымъ увеличеніемъ селезенки (на 3 пальца изъ-подъ края реберной дуги) и асцитомъ, при чемъ НВ было 65%, а эритроцитовъ 3.900.000, нужно отнести къ

формѣ называемой болѣзью Banti, такъ какъ кромѣ указанныхъ симптомовъ наблюдалась еще значительная лейкопенія (2.400) съ относительнымъ увеличеніемъ количества лимфоцитовъ (мононуклеаровъ 55%, полинуклеаровъ 42%, эозинофиловъ 3%).

Lymphogranulomatosis (болѣзнь Hodgkin'a) 1 случай; подробную исторію болѣзни см. въ отдѣлѣ статей.

## 7. Инфекціонныя болѣзни.

За академическій годъ, съ ix 1908—ix 1909, изъ всѣхъ 57 случаевъ, инфекціонныхъ больныхъ было зарегистрировано: 30 случ. съ диагнозомъ typhus abdominalis; изъ нихъ—14 мужч. въ возрастѣ отъ 18—46 лѣтъ, и 16 женщинъ отъ 16—45 лѣтъ. По времени отъ начала заболѣванія до поступленія въ больницу распредѣляются слѣдующимъ образомъ: 5 случ.—на первой, 16 случ.—на 2-ой, 2 случ.—на 3-ей, 2 случ.—на 4-ой, и случ.—на 5-ой недѣли болѣзни. Продолжительность болѣзни, считая отъ начала ея до lysis'a включительно, значитъ: въ 1 случ.—14, въ 14 случ.—21, въ 5 случ.—отъ 28—30, въ 10 случ.—отъ 36 и болѣе дней. Возвраты отмѣчены у 4 больныхъ: у 3-хъ—по одному, у одного 2. Изъ осложнений, наблюдавшихся въ теченіи болѣзни,—въ 7-ми случ. — бронхіальный катарръ, въ 1 случ. — лѣвосторонняя верхушечная пневмонія, въ 3 случ. — гипостатическая пневмонія, въ 1 случ. — pleuritis exsudativa dextra съ одновременно протекавшимъ thrombophlebit'омъ на обѣихъ нижнихъ конечностяхъ, въ 1 случаѣ—myocarditis infectiosa, въ 3 случ. — myosit'ы конечностей, въ 1 случаѣ присоединился diphteritis (были найдены bcl. Löffler) и urticaria post injectionem; въ 1 случ. наблюдалась за время болѣзни 7 эпилептическихъ припадковъ, а къ концу ея—лѣвосторонняя hemiplegia, въ 1 сл. развился psychosis, вынудившій перевести больного въ специальную больницу, въ 1 случаѣ—nephritis typhosa.

По отдѣльнымъ симптомамъ больные распредѣлялись слѣдующимъ образомъ: въ 8 сл.—тошнота и рвота въ началѣ болѣзни, въ 6 сл.—поносъ, въ 14 случ.—запоры, въ 23 случ. селезенка прощупывалась, въ 22 случ.—albuminuria, при чемъ въ 3 случ.—съ гіалиновыми и зернистыми цилиндрами, въ 13 случ. удалась diaso-reactia, въ 4 случ. констатировано увеличеніе cordis, въ 3 случ. — pulsus dicrotus при 84—112 удар. въ минуту; въ 13 случ.—реакція Widal'я, въ 1 случ.—leukopenia, въ 5 случ.—бредъ, въ 8 случ.—roseola, въ 4 сл. носовыя кровотеченія за время болѣзни, въ 2 сл.—ночные поты.

26 больныхъ выписались, поправившись; одинъ былъ переведенъ въ психіатрическую больницу, трое умерли.

4 случая — typhus exanthematicus: 2-ое мужчинъ (27 и 30 лѣтъ) и 2 женщины (19 и 30 л.); изъ нихъ трое переведены въ Сокольниче-

скую больницу тотчасъ по опредѣленіи болѣзни 1 случ. выписанъ поправившимся.

1 случ., мужчина 15 л., съ диагнозомъ *typhus recurrens*; въ больницѣ наблюдались 2 лихорадочныхъ приступа съ обнаруженіемъ въ крови спириллъ *Obermeyer'a*. Выписался здоровымъ.

3 случ. (мужчины: 16—24—26 л.) — *malaria*, подтвердившіеся нахожденіемъ въ крови плазмодій; двое изъ нихъ поправились, одинъ, имѣвшій *tuberculosis apicis sin.*, умеръ.

6 случ. — *influenza*: 2 мужч. и 4 женщ.; въ одномъ изъ нихъ наблюдалась *angina catarrhalis* и *pneumonia lobularis dextra*. Всѣ поправились.

2 случ., мужч., съ *dysenteria*, выписались съ поправленіемъ.

4 сл. — *rheumatismus articulorum acutus*; изъ нихъ 3 мужч. (15—19—38 л.) и 1 женщ. 18 лѣтъ. Всѣ поправились.

3 случ., мужч., съ *meningitis tuberculosa*, умерли.

1 случ., мужч., умеръ съ диагнозомъ *tuberculosis miliaris*.

1 женщ., умершая при явленіяхъ *septicaemia post partum*.

1 женщ., страдавшая гнойнымъ воспаленіемъ средняго уха, умерла при явленіяхъ *sepsis*, констатированнаго нахожденіемъ въ крови *bac. pyocyaneus*.

1 женщ. съ *endometritis puerperalis* (стрептококкъ въ крови) поправилась.

## 8. Отравленія.

Всѣхъ случаевъ отравленій было 28; 10 мужчинъ и 18 женщинъ. По возрасту больные распредѣлялись слѣдующимъ образомъ: женщинъ 14 — 20 лѣтъ — 6; 20 — 30 лѣтъ — 10; старше 30 лѣтъ — 2. Мужчинъ — 18 лѣтъ — 1; 20 — 30 лѣтъ — 8; старше 30 лѣтъ — 1.

Выздоровѣло 21, умерло 7.

Больше всего отравленій было нашатырнымъ спиртомъ — 8 случаевъ; одинъ случай кончился смертью. Во всѣхъ случаяхъ были большіе или меньшіе ожоги слизистой рта, глотки и пищевода. Въ трехъ случаяхъ наблюдался нефритъ. Въ одномъ случаѣ присоединилась пневмонія, повлекшая за собой смерть; пневмонія была двухсторонняя.

Отравленій уксусной кислотой было 3 случая; двое отравившихся умерли при явленіяхъ остраго нефрита.

Отравленій сулемой было три случая. Изъ нихъ два кончились смертью; причина смерти — острый нефритъ; одинъ отравившійся сулемой — выздоровѣлъ; принято имъ было около 1½ рюмки раствора сулемы 1:1000; явленій нефрита не было обнаружено.

Кромѣ того были случаи отравленія окисью углерода, карболовой кислотой, сѣрной кислотой, царской водкой, стрихниномъ, бертолетовой солью, опійной настойкой, морфіемъ и хлороформомъ — все

по одному случаю; смертью кончились отравленія царской водкой и бертолетовой солью.

Два случая отравленія фенацетиномъ (25,0 и 60,0) представляли своеобразныя измѣненія въ крови, послужившія предметомъ особаго изслѣдованія.

Было также 2 случая тяжелого отравленія алкоголемъ.

### 9. Нервные болѣзни.

4 случая туберкулезныхъ менингитовъ, окончившихся смертью, одинъ случай эпилепсіи при брюшномъ тифѣ и одинъ случай сифилитическаго пораженія центральной нервной системы.

2 случая *tabes* съ преобладаніемъ симптомовъ со стороны органовъ пищеваренія.

Функциональныхъ заболѣваній нервной системы было 3 случая (1 сл. истеріи и 2 неврастеніи); одинъ случай неврастеніи развился на почвѣ хронической гонорреи, другой сопровождался атоніей кишечника.

Изъ заболѣваній периферической нервной системы былъ одинъ случай *ishias* и два случая множественнаго неврита; одинъ изъ нихъ являлъ типичную картину болѣзни Корсакова.

4 случая Базедовой болѣзни — 3 женщины и 1 мужчина. Лечение *antithyreodin*омъ не принесло успѣха.

### 10. Болѣзни органовъ движенія.

Кромѣ описанныхъ въ отдѣлѣ инфекціонныхъ заболѣваній — острыхъ артритовъ, наблюдались еще слѣдующіе случаи хроническихъ артритовъ: 2 случая хроническаго ревматизма суставовъ и мышцъ, 1 случай обезображивающаго артрита, 4 случая подагрическихъ артритовъ и 2 гоноррейныхъ.

4 случая сифилитическихъ періоститовъ и 1 случай *lumbago*.

---



## НЕРВНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ОТДѢЛЕНІЕ.

Въ 1908—9 академическомъ году клиническое нервное отдѣленіе продолжало служить для цѣлей обязательнаго преподаванія теоретическаго курса и клиники нервныхъ болѣзней.

Общее число стаціонарныхъ больныхъ при сокращенномъ числѣ коекъ достигло 74 (40 муж. и 34 жен.).

По характеру заболѣваній больные раздѣляются на слѣдующія группы:

1. Сифилисъ нервной системы . . . . . 10
2. Гемиплегія съ афазіей и безъ нея на почвѣ:  
кровоизліянія, тромбоза, эмболии . . . . . 9
3. Сухотка спинного мозга и прогрессивный  
параличъ . . . . . 7
4. Невралгіи и невриты (supraorbitalis, trigemini,  
femorals, ischiadica, plexus lumbalis) . . . . 7
5. Хроническій міэлитъ . . . . . 6
6. Истерія . . . . . 6
7. Полиневритъ: алкогольный, дифтерійный  
и пр. . . . . 4
8. Травматическія заболѣванія нервной системы  
(спинного мозга и неврозъ) . . . . . 3
9. Эпилепсія . . . . . 3
10. Опухоль головного мозга . . . . . 2
11. Разсѣянный склерозъ . . . . . 2
12. Сирингоміэлія . . . . . 2
13. Болѣзнь Pott'a . . . . . 2
14. Клиническая форма проф. Кожевникова. . . 1
15. Полиэнцефаломіэлитъ . . . . . 1
16. Пораженіе мозжечка (?) . . . . . 1
17. Полиоміэлитъ. . . . . 1
18. Прогрессивная мышечная атрофія . . . . 1
19. Міотонія . . . . . 1
20. Дѣтская хорея . . . . . 1
21. Дрожательный параличъ . . . . . 1
22. Психастенія . . . . . 1
23. Анкилозъ позвоночника. . . . . 1
24. Множественное воспаленіе суставовъ. . . . 1

По локализациі заборѣванія распредѣляются по слѣдующимъ группамъ:

1.	Заболѣванія спинного мозга . . . . .	19
2.	„ головного „ . . . . .	18
3.	„ периферическаго нервнаго аппарата . . . . .	12
4.	Неврозы и заборѣванія безъ опредѣленной локализациі . . . . .	12
5.	Общая органическая заборѣванія нервной системы и комбинаціи (sclerosis disseminata, poliоencephalomyelitis, poliomyelitis + polyneuritis, tabes+paralysis progressiva) . . . . .	5
6.	Заболѣванія костно-связочнаго аппарата . . . . .	4
7.	„ мозжечка . . . . .	2
8.	„ мышечнаго аппарата . . . . .	2

Амбулаторія функционировала, какъ въ прошломъ году, въ отдѣльномъ помѣщеніи. Число внесенныхъ въ амбулаторную книгу больныхъ съ сентября 1908 г. по май 1909 г. = 794 чел., сдѣлавшихъ всего около 8000 посѣщеній.

По діагностикѣ амбулаторные больные распредѣляются въ количественномъ порядкѣ слѣдующимъ образомъ:

1.	Истерія . . . . .	207
2.	Неврастенія . . . . .	140
3.	Табесъ . . . . .	45
4.	Анѣмія . . . . .	44
5.	Эпилепсія . . . . .	38
6.	Гемиплегія, моноплегія, афазія, геміанопсія и проч. на почвѣ кровоизліянія, тромбоза, эмболии въ головномъ мозгу . . . . .	31
7.	Невралгіи (кромѣ ишіаса) . . . . .	30
8.	Прогрессивный параличъ . . . . .	22
9.	Ишіасъ . . . . .	20
10.	Сифилисъ головного и спинного мозга . . . . .	17
11.	Параличъ лицевого нерва периферическаго происхожденія . . . . .	17
12.	Алкоголизмъ . . . . .	16
13.	Опухоль головного мозга и мозжечка . . . . .	15
14.	Базедова болѣзнь . . . . .	13
15.	Мышечный и сочленовный ревматизмъ . . . . .	12
16.	Мигрень . . . . .	9
17.	Cephalgia . . . . .	9
18.	Параличъ лучевого нерва . . . . .	7
19.	Заболѣванія внутреннихъ органовъ . . . . .	7

20. Міокардитъ . . . . .	6
21. Прогрессивная мышечная атрофія . . . . .	5
22. Травматическій неврозъ . . . . .	5
23. Инфлуэнца . . . . .	5
24. Психастенія . . . . .	5
25. Заболѣванія слухового аппарата . . . . .	5
26. Lumbago . . . . .	4
27. Полиневритъ . . . . .	4
28. Малая хорея . . . . .	4
29. Базиллярный пахименингитъ . . . . .	3
30. Сирингоміэлія . . . . .	3
31. Тикъ . . . . .	3
32. Травматическое поврежденіе центральной нервной системы органическаго характера . . . . .	3
33. Маниакально-депрессивный психозъ . . . . .	3
34. Энцефалитъ . . . . .	3
35. Поліоэнцефалитъ . . . . .	2
36. Разсѣянный склерозъ . . . . .	2
37. Tabo-paralysis . . . . .	2
38. Alopecia areata . . . . .	2
39. Психозъ . . . . .	2
40. Болѣзнь Pott'a . . . . .	2
41. Дрожательный параличъ . . . . .	2
42. Torticollis . . . . .	2
43. Туберкулезъ легкихъ . . . . .	2
44. Женскія болѣзни . . . . .	2
45. Нефритъ . . . . .	2
46. Идіотизмъ . . . . .	1
47. Имбецильность . . . . .	1
48. Корсаковский психозъ . . . . .	1
49. Головная водянка . . . . .	1
50. Spondyloze rhyzomélique . . . . .	1
51. Гонорройный поли-артритъ . . . . .	1
52. Herpes zoster . . . . .	1
53. Крапивница . . . . .	1
54. Заиканіе . . . . .	1
55. Crampi . . . . .	1
56. Атерома . . . . .	1
57. Глаукома . . . . .	1

По болѣе широкимъ группамъ амбулаторные больные распредѣляются такимъ образомъ:

1. Общія невроты (истерія, неврастенія, эпилепсія, травматическій неврозъ) . . . . . 390

2. Заболѣванія периферическаго нервнаго аппарата (невралгіи, невриты, полиневриты)	78
3. Заболѣванія внутреннихъ органовъ, малокровіе, болѣзни слухового аппарата, женскихъ половыхъ органовъ, глазъ . . .	74
4. <i>Tabes, tabo-paralysis, paralysis progressiva</i>	69
5. Органическія заболѣванія центральной нервной системы не сифилитическаго характера . . . . .	63
6. Психозъ (включая прогрессивный параличъ) . . . . .	35
7. Заболѣванія съ явленіями преимущественно вазомоторнаго и трофическаго характера ( <i>morbus Basedowi, hemicrania, alopecia areata, herpes zoster, urticaria</i> ) . . .	26
8. Заболѣванія мышечнаго, связочнаго и костнаго аппарата . . . . .	25
9. Сифилисъ центральной нервной системы .	17
10. Алкоголизмъ . . . . .	16
11. Двигательные неврозы ( <i>Tic, crampi, torticollis, paralysis agitans, chorea minor</i> ) . .	13

---

Въ 1908—9 академическомъ году хирургическая клиника велась при тѣхъ же условіяхъ, какъ и въ предыдущемъ (см. „Ежегодникъ“, вып. I и II). Отношеніе къ обезболиванію по существу то же, какъ и прежде: мѣстное (novocain), общій наркозъ (преимущественно эфиръ), изрѣдка при особыхъ показаніяхъ—лумбальное (tropococain) и венозное. Количество операций, произведенныхъ за отчетный годъ, было 268 на 303 больныхъ (186 муж. и 117 жен.).

1. Болѣзни головы и лица. 26 случаевъ (18 мужч., 7 женщ. и 1 реб.), умер. 3.

Травматическихъ поврежденій—10, воспалительныхъ—5, новообразованій—8, невралгій и сотресеііе мозга—3.

Травматическія поврежденія наблюдались у 9 м. и 1 ж., изъ нихъ 2 (м.) умерло. Поврежденіе мягкихъ частей въ 5-ти случаяхъ: 4 мужч и 1 женщ. Ожоги—2 случая: 1 мужч. и 1 женщ.

П. К. 15 хп—20 г, чернорабочій изъ технич. конт. отъ вспыхнувшего бензина при чисткѣ парового котла почучилъ ожоги (1 и 2 ст.) всего лица, кистей рукъ и предплечій. Выздоровленіе.

М. Ш. 30 г—15 в. Пѣвица 18 л., была изъ мести облита сѣрной кислотой. Ожоги покрываютъ всю правую половину лица и шеи, обѣ грудныя железы и мѣстами обѣ верхнія конечности. Повсюду поражены глубокіе слои, кожа сухая пергаментная, сѣраго и чернаго цвѣта. Къ 26 п всѣ омертвѣвшія части отдѣлились, и на шеѣ подъ общимъ эфир.-хлор. наркозомъ была сдѣлана пересадка кожи по Тиршу.

Черезъ 2 мѣс. были сдѣланы инъекціи Fibrolysin'a, а мѣстами примѣненъ—Scharlachrot 6%. Выписалась больная съ рубцовой контрактурой головы и съ рубцовымъ обезображиваніемъ нижняго вѣка праваго глаза.

Ушибленно-рваныя раны головы были въ 2-хъ случаяхъ.

Оба раза у мужчинъ 19 и 42 лѣтъ, 1 изъ нихъ попалъ подъ трамвай, другой упалъ съ воза. Провели въ клиникѣ 15 и 22 дня. Полное выздоровленіе.

Огнестрѣльная рана въ 1 случаѣ.

И. М. 13 хп—14 хп. Корнетъ 24 л., былъ раненъ револьверной пулей на разстояніи 4—5 шаговъ. Входное отверстіе ниже лѣвой скуловой дуги, пуля прощупывалась у 2-го шейнаго позвонка. 14 хп. Подъ мѣст. анест. удалена пуля. Дальнѣйшее лѣченіе дома.

Поврежденія костей и мозга въ 2-хъ случаяхъ (2 мужч.). Въ обоихъ случаяхъ были ушиблено-рваныя раны съ переломомъ костей, смертельный исходъ.

Я. К. 15 vi — 20 vi. Приказчикъ, 20 л. получилъ ударъ камнемъ въ голову. Рана надъ правой бровной дугой, на днѣ костные осколки разной величины. Сознаніе полное. 15 vi — удалены свободные осколки. 17 vi — рвота, exophthalmus, затемненіе сознанія. 18 vi — часть лобной кости сбита долотомъ и почти весь верхній край глазницы удаленъ въ видѣ отдѣльныхъ обломковъ. 20 vi — неприходя въ сознаніе скончался.

Н. К. 5 ix — 21 ix. Кузнецъ, 27 л., за 19 дней до поступленія получилъ ударъ въ голову молоткомъ. На лѣвомъ лобномъ бугрѣ линейный рубецъ и свищъ съ гнойнымъ отдѣленіемъ, зондомъ прощупывается секвестръ. Сознаніе полное. Полная потеря зрѣнія лѣваго глаза черезъ 17 дней послѣ удара. 7 ix подъ общимъ эфир.-хлор. наркозомъ — удаленіе осколковъ костей. 15 ix и 16 ix вскрыты метастатическіе гнойники въ волосистой части головы. (Стрептококкъ). 19 ix — высокая <sup>т</sup><sub>9</sub>, судороги и полная потеря сознанія. 21 ix — mors.

Въ обоихъ случаяхъ сдѣлано судебно-медицинское вскрытіе. Протоколовъ нѣтъ.

Поврежденіе костей нижней и верхней челюсти и носа было 2 раза, (2 мужч.). Выздоровленіе.

С. А. 16 vii — 4 viii. Рабочій, 25 л., упалъ съ 3-го этажа. Переломъ костей носа и верхней челюсти. Ледъ, тампонада носа. Выздоровленіе.

Ө. М. 25 viii — 24 ix. Служитель, 45 л., попалъ подъ поѣздъ 25 vi. Рваная рана на нижней челюсти и переломъ послѣдней. При поступленіи: обезображиваніе нижней челюсти, прощупывается свободный отломокъ кости, движенія ограничены и болѣзненны. 4 ix общій эфир.-хлор. наркозъ, разрѣзы по краю челюсти, правильное положеніе отломковъ, шелков. костный шовъ. Выздоровленіе.

1 случай былъ доставленъ съ кровотеченіемъ послѣ операциі на корнѣ языка, сдѣланной въ другой клиникѣ. При осмотрѣ — кровоточащая небольшая грануляціонная поверхность, часть которой покрыта сѣрымъ струпомъ. Покой, холодъ, адренолинъ.

Воспалительныя заболѣванія были въ 5 случаяхъ: 2 мужч. и 3 женщ., изъ нихъ 2 были въ остромъ періодѣ и 3 въ хроническомъ. Въ обоихъ острыхъ случаяхъ (1 мужч. и 1 женщ.) *Staphylococcus aureus*, въ одномъ воротами инъекціи были каріозные зубы (*periostitis maxillae inferioris*), въ другомъ — заусенецъ на указательномъ пальцѣ правой руки (*panaritium, abscessus humeri et abscessus in regione occipitale*). Въ обоихъ случаяхъ были сдѣланы широкіе разрѣзы; быстрое выздоровленіе.

Хроническое гнойное воспаленіе съ локализацией въ костяхъ было въ 3 случаяхъ (1 мужч. и 2 женщ.). 2 изъ нихъ — *periostitis maxil. infer.* съ образованіемъ секвестровъ; продолжительность заболѣванія въ одномъ была 6 мѣс., въ другомъ — 6 лѣтъ. Операция — широкіе разрѣзы и удаленіе секвестровъ подъ общимъ эфир.-хлороф. наркозомъ. Выздоровленіе.

3-й хроническій случай гнойнаго воспаленія былъ — *mastoiditis*.

Н. К. 7 xi — 28 xi Кандидатъ на судебн. должн. 33 л. Въ ноябрѣ прошлаго года — инфлуэнца и воспаленіе почекъ. Черезъ 3 нед. — *otitis* съ пр. стор., прободеніе барабан-

ной перепонки и гноетечение. Ослабление слуха наполовину. Головокружения и боли за ухомъ не было. 8 хл. Общий наркозъ эфир.-хлороф. Радикальная операція. Предлежаніе синуса. Въ antrum — сгущенный гной и грануляціонныя массы. Головка молоточка и часть тѣла наковальни — разрушены. Обычный лоскутъ. Операцію производилъ пр. доц. Е. М. Степановъ. Течение послѣоперационнаго періода безъ осложнений. Ушелъ съ хорошо гранулирующей раной.

Новообразованія на головѣ и лицѣ наблюдались въ 8 случаяхъ (5 м., 2 ж. и 1 реб.), изъ нихъ 4 раза были злокачеств. новообразов. и 4 раза доброкачеств.

Злокачеств. новообр. наблюдались у 4-хъ мужч. Ракъ — 2 раза въ возрастѣ 29 и 31 г. У обоихъ наследственная передача отрицается, травмы или ушиба не было. У обоихъ метастазы въ ближайшихъ лимфат. железахъ. У одного изъ нихъ распространение опухоли было слишкомъ велико и поэтому выписанъ безъ операціи.

И. К. 30 vi — 14 vii. Служить на винномъ заводѣ, 29 л. Болеетъ 3 недѣли. Опухоль величиною съ грецкій орѣхъ на кожѣ кпереди отъ угла нижней челюсти, кожа на ней изъязвлена, края неровны, дно бугристое, опухоль неболезненна, съ подлежащими тканями не спаяна. Общий наркозъ — эфир.-хлороф. Круговымъ разрезомъ черезъ кожу и жиров. клетчатку опухоль иссѣчена. Кпереди отъ раны изъ толщи щеки отсепарованъ лоскутъ, изъ-подъ него удалена железа, и лоскутъ притянутъ кверху и укрѣпленъ шелковыми швами. *Prima intentio*.

П. Т. 4 iii — 12 iii. Работаетъ валеные сапоги, 31 г., 4 мѣс. тому назадъ болѣлъ зубъ верхней челюсти съ лѣвой стороны, былъ флюсъ, вскрылся и выдѣлился гной. Съ тѣхъ поръ опухоль растетъ и боли продолжаются. Значительная опухоль лѣвой щеки съ рѣзкими границами, съ кожей не спаяна, плотна, бугриста, мало болезненна. Подъ угломъ челюсти — другая, съ куриное яйцо, такого же рода, какъ и первая. Половина тверд. неба, миндалины, дужка, верхн. десна и внутр. поверхн. щеки заняты бугристой плотной опухолью, слизистая не измѣнена. Открываніе рта ограничено. Операціи не было.

**Саркома встрѣтилась въ 2-хъ случаяхъ, — оба мужчины.**

И. Г. *Sarcoma maxil. sup.* 29/xii — 13/i. 61 года. Писатель, курить, много каріозныхъ зубовъ, болеетъ 1 г. 9 мѣс. Опухоль  $3 \times 1,5$  стм. занимаетъ альвеолярный отр. верхней челюсти съ правой стороны. Гайморова полость свободна. Мать умерла отъ злокачественнаго новообразованія челюсти. Подъ общимъ эфирно-хлороформнымъ наркозомъ удалена опухоль съ частью альвеолярнаго отростка при помощи долота и щипцовъ. Кровотечение остановлено пакленомъ. Послѣ операціи въ теченіе 3-хъ дней нѣсколько кровотеченій, легко останавливались тампон. съ адреналиномъ. Небольшое нагноение въ Гайморовой полости быстро прекратилось. Ушелъ со свиномъ въ Гайморовую полость, Протезъ. Микроскопическое изслѣдованіе — *fibro-sarcoma*. Черезъ 1 годъ рецидива не было.

Л. Л. *Osteosarcoma cranii*. 26/v — 29/v. 27 лѣтъ. Машинистъ. Сильный ушибъ головы 2 года тому назадъ. Съ тѣхъ поръ — опухоль. Занимаетъ лѣвую затылоч. кость. Костной консистенціи, безболѣзненна, зрѣніе ослаблено. Всѣ виды чувствит., на правой сторонѣ понижены. *Diplopia*. Застойный сосокъ. Подъ общимъ эфирно-хлороф. наркозомъ трепанія черепа. Диаметръ отверстія 9 стм. Твердая мозговая оболочка сращена съ костью. При поднятіи черепной крышки пульсъ моментально остановился и операція прекращена. Черезъ 7 час., несмотря на всѣ возбуждающія средства, больной умеръ.

Протоколъ вскрытія: *Parencephalia hemisphaerae sinis. ex neoplasmate; oedema permagna praecipue hemisph. sin. cerebri vero similiter ex vasuo*. Твердая мозговая оболочка красноватаго цвѣта, на мѣстѣ опухоли шероховата и неровна, пророщена тканью новообр., которое проникаетъ въ видѣ грозди въ довольно большую полость, величиною съ большой грецкій орѣхъ, въ темянной и отчасти затылочной доляхъ лѣваго полушарія мозга;

ткань новообр. мягка, бѣловатаго цвѣта, стѣнки полости гладкія и ровныя, покрыты мягкой мозговой оболочкой; полость отдѣлена тонкой перегородкой изъ бѣлаго вещества отъ лѣваго бокового желудочка, есть ли сообщеніе съ нимъ—установить нельзя въ виду рѣзкой мягкости и расплывчатости мозгового вещества. *Thalamus optis.* лѣвый нѣсколько уплощенъ и *plexus* его идетъ поперекъ и нѣсколько сращенъ съ эпендимой. Извилины лѣваго полушарія очень уплощены, вещество мозга отечно. Въ правомъ полушаріи тѣ же измѣненія, но выражены значительно слабѣе.

Доброкачественныя новообразованія на лицѣ и головѣ были 4 раза (1 муж., 2 жен. и 1 реб.), 2 раза *angioma*—у мужч. и женщ., 1 разъ—киста верхней челюсти и 1 разъ—*osteoma* лобной кости.

М. И. *Angioma palpebrae super.* 18/xi—22/xii. 16 л. отъ роду. 7 лѣтъ тому назадъ появилась опухоль на лѣвомъ вѣкъ. Опухоль сине-багроваго цвѣта выступать изъ глубины орбиты за верхній край ея.

Подъ общимъ эфирно-хлороф. наркозомъ удалена опухоль, состоящая изъ клубка венъ, вмѣстѣ съ надкостн. Двумя крупными венами опухоль сообщалась съ полостью черепа. Наложена лигатура. Заживленіе *per granulationem*. Первые 3 дня сильныя головныя боли.

Б. С. *Angioma antri Hygromii.* 27/ii—21/iii. 24 лѣтъ, конторщикъ, у отца былъ ракъ (послѣ операціи рецидива не было). Болець 11 дней. 8 дней тому назадъ былъ удаленъ коренной зубъ верхней челюсти съ правой стороны. Колоссальное кровотеченіе. Тампонада. При поступленіи значительное малокровіе,  $t^0$  40,3, припухлость правой половины верхней челюсти. Со стороны полости рта, кромѣ припухлости десны, ничего ненормальнаго. При просвѣчиваніи—затемненіе правой половины Гаймор. полости. При смѣнѣ тампона въ клиникѣ, несмотря на сдавливаніе *carotis dextr.*—колоссальное кровотеченіе. Тампонъ мѣняли три раза съ недѣльными промежутками и каждый разъ колоссальное кровотеченіе. Все время внутрь *ferrum sesquichlor.* и *Natr. chlorat.* Больной на операцію не согласился.

С. Ц. *Cystis maxil. sup.* 3/ix—25/x. Учительница, 24 л. Зимой въ прошломъ году былъ флюсъ съ правой стороны. Съ тѣхъ поръ частая зубная боль. Послѣдніе 9 мѣс. припухлость не исчезаетъ. Опухоль занимаетъ правую половину верхней челюсти, значительно оттѣсняетъ правое крыло носа. Со стороны рта опухоль занимаетъ *fossa canina* съ правой стороны. Опухоль гладкая, плотная.

Подъ общимъ эфирно-хлорф. наркозомъ отдѣленъ кожно-слизисто-надкостничный лоскутъ отъ костной стѣнки опухоли. Вся передняя стѣнка кисты крайне истончена и срѣзана ножницами. Полость съ грецкій орѣхъ выстлана оболочкой, которая и выдѣлена цѣликомъ. Іодоформ. тампонъ выведенъ позади верхней губы. Швы. Приживленіе лоскута *per primam*. Полость медленно заполнялась грануляціями.

Послѣдній случай доброкач. опухоли у мальчика 9 л.

А. Д. *Osteoma cranii.* 16/iv—28/iv. Болець 17 мѣс. Сильная боль въ головѣ и правой половинѣ лба. Другихъ мозговыхъ явленій нѣтъ. Опухоль медленно росла, очень плотная. Въ настоящее время величиною съ грецкій орѣхъ, находится на правой половинѣ лобной кости, кнаружи отъ лобнаго бугра, на границѣ съ волосистой частью. При давленіи неболѣзненна, гладкая, неподвижная.

Общій эфирный наркозъ. Трепанация щипцами Дуазена. Твердая мозговая оболочка не измѣнена. Трепанационное отверстіе закрыто пластиной, взятой съ большеберцовой кости. *Prima intentio*. Головные боли исчезли.

Два случая съ невралгіей тройничнаго нерва (1 мужч. и 1 женщ.), 34 и 52 л., отъ операціи отказались. Въ одномъ изъ нихъ получилось значительное уменьшеніе болей отъ іодистыхъ препаратовъ и гальванизациіи.



### Сотрясение мозга было у мальчика.

Гимназистъ, 16 л. В. С. 3/х<sub>1</sub>—5/х<sub>1</sub>. За 6 дней до поступления въ клинику ушибъ головы. Поступилъ съ поверхностной ссадиной въ правой теменной области. Сознаніе ясно отвѣчаетъ на вопросы вяло. Зрачки расширены, вяло реагируютъ на свѣтъ. Пульсъ 60 въ минуту. Рвота 1 разъ.

Всего по поводу болѣзней головы и лица оперированы 16 больныхъ, которымъ произведено 16 операций.

Пересадка кожи по Тиршу . . . . .	1
Удаленіе пули и костныхъ осколковъ . . . . .	3
Сшиваніе отломк. нижней челюсти . . . . .	1
Вскрытіе гнойниковъ . . . . .	2
Удаленіе секвестровъ . . . . .	2
Трепан. сосц. отр. . . . .	1
Пластич. опер. на лицѣ . . . . .	1
Частичн. резекц. верхн. чел. . . . .	2
Трепанация черепа . . . . .	2
Удаленіе опухолей . . . . .	1

Изъ нихъ 13 подъ общимъ наркозомъ и 3—съ кокаиномъ.

Изъ оперированныхъ умерли 3: отъ гнойнаго воспаленія мозга и оболочекъ—2 и отъ сотрясенія мозга при трепанациі черепа—1.

### II. Болѣзни шеи. 15 случаевъ (7 м., 6 ж., 2 д.), ум. 1.

По заболѣваніямъ эти случаи распредѣляются: травматическихъ—3, воспалительныхъ—3, новообразованій—8, врожденное уродство—1.

Всѣ 3 случая травматическихъ поврежденій шеи были у мужчинъ 30—35 лѣтъ, всѣ—отъ попытки къ самоубійству.

1 изъ нихъ, врачъ, былъ доставленъ съ странгуляціонными полосами шеи, въ безсознательномъ состояніи, съ расширенными зрачками и безъ дыханія. Съ момента снятія съ веревки прошло 20 минутъ. Послѣ 10 взмаховъ искусственнаго дыханія сознаніе вернулось и дыханіе возстановилось. Пробылъ въ клиникѣ 1 сутки (13/ix—14/ix).

Въ двухъ другихъ случаяхъ были рѣзаны раны.

Ф. Е. 27/xii—13/i, конторщикъ, алкоголикъ, 35 л. Значительный кифо-скаліозъ въ грудной части. Между подъязычной костью и щитовиднымъ хрящомъ—зіяющая рана. Часть щитовиднаго хряща отрѣзана, надгортанникъ отрѣзанъ и отодвинутъ кверху. Сосуды не поранены. Съ мѣстной анестезіей кокаиномъ (10%) были наложены кетгутовые швы. Ушелъ въ хорошемъ состояніи.

Я. Т. 8/v—22/v. Неизвѣстнаго званія, 32 л. Бритвой нанесъ себѣ рану на уровнѣ соединенія перстневиднаго хряща съ щитовиднымъ. Перерѣзаны т. т. st. chyodei съ обѣихъ сторонъ. Сосуды и трахея не ранены. Наложены кетгутовые швы. Ушелъ съ почти зарубцевавшейся раной.

Воспалительныхъ заболѣваній шеи было три случая (1 м., 1 ж. и 1 р.).

2 изъ нихъ остраго характера и 1 хроническаго. Возбудителемъ

остраго воспаления клѣтчатки въ обоихъ случаяхъ былъ стафилококкъ. 1 случай кончился выздоровленіемъ, а другой смертью.

Г. К. 12/п — 16/п. Студентъ 23 л., за 2 нед. до поступленія небольшой фурункулъ на шеѣ. Сдѣланъ разрѣзъ, быстрое выздоровленіе. 4 дня т. н. снова припухлость и боль сзади въ прав. сторонѣ шеи. Жаръ, ознобъ. 11/п — правосторонняя пневмонія,  $t^0$  40,4 п. 120, дых. 60. Phlegmone шеи отъ сосцев. отр. до ключицы съ прав. стороны. 15/п — 2 широкихъ разрѣза. 16/п — exitus. Въ крови — staphylococcus aureus.

В. З. 20/хп — 18/п. Ученикъ, 15 л., 6 недѣль т. н. гнойничекъ на пр. вѣкѣ и припухлость прав. parotis. 20/хп сдѣланъ разрѣзъ, но гной не найденъ,  $t^0$  понизилась до нормы и припухлость почти исчезла. 4 дня т. н. снова — боль и припухлость.  $t^0$  40,0 21/хп — (мѣстн. анест.) сдѣланъ разрѣзъ, гной опять не найденъ. 24/хп снова разрѣзъ (мѣстн. анест.) — густой гной около столовой ложки. Въ концѣ января появились воспалительныя явленія по краю нижней челюсти. 1/п (эпир. нарк.) сдѣланъ широкій разрѣзъ. Около столовой ложки гноя. Быстрое заживленіе. Staphylococcus.

### Хроническое воспал. лимфат. жел. шеи.

Е. В. 17/п — 6/п. Вдова священника 57 л. Больна 3 года. У нар. кр. ш. st. el. mas. съ лѣвой стороны большой пакетъ железъ мягкой, упругой консистенціи, флюктуация, небольш. болѣзнен.,  $t^0$  норма. Въ легкихъ ничего ненормальнаго. 17/п (мѣстн. анест.) разрѣзъ, жидкій гной съ примѣсью творожистыхъ массъ. Выскабливаніе острой ложкой. Тампонада. Ушла съ небольшой гранулирующ. поверхностью. Никакихъ бактерій въ гною не найдено.

### Новообразованій шеи — 8 случаевъ (3 м. и 5 ж.)

Изъ нихъ доброкачественныхъ зобовъ — 3 случая, всѣ женщины отъ 32 до 45 лѣтъ, 2 изъ нихъ занимались домашнимъ хозяйствомъ, а 1 учительница. Всѣ три постоянныя жительницы Москвы. Двѣ изъ нихъ замужнія, имѣютъ дѣтей, при чемъ у одной ростъ зоба во время беременности усиливался. 1 дѣвица. Продолжительность времени, прошедшаго съ начала заболѣванія, отъ 2 до 8 лѣтъ.

Во всѣхъ трехъ случаяхъ наследственная передача зоба не отмѣчается.

Въ одномъ случаѣ у многихъ членовъ семьи со стороны матери былъ туберкулезъ.

Въ 1 случаѣ больная жаловалась на боль позади лѣвой ключицы, въ 2-хъ другихъ случаяхъ опухоль никакой функціи не мѣшала и боли не вызывала. Что касается локализациі опухоли, то 1 разъ во всѣхъ трехъ доляхъ щитов. жел., 1 разъ въ обѣихъ боковыхъ (лѣвая больше правой) и 1 разъ въ правой долѣ железы. По виду случаи распредѣляются: 1 разъ киста средн. доли железы и 2 раза паренхиматозная форма опухоли.

Лѣченія іодомъ передъ операцией ни въ одномъ случаѣ не было. Всѣмъ была сдѣлана операція подъ общимъ наркозомъ:

extirpatio subtotalis. . . . .	1 разъ.
extirpatio правой доли. . . . .	1 разъ.
enucleatio. . . . .	1 разъ.

Во всѣхъ случаяхъ разрѣзъ кожи по Kocher'у. Послѣ операціи — турунда на 2—3 дня. Теченіе безлихорадочно; prima intentio. Про-

должительность пребывания послѣ операціи отъ 9—17 дней. Осложнений не было.

Въ 1 случаѣ было новообразование околоушной железы.

В. А. 19/ix — 10/x. Крестьянка, 54 л. Отецъ умеръ отъ рака кишечника. У больной въ теченіе послѣднихъ 2 лѣтъ *cholelithiasis*, *icterus* — очень часто. Замужемъ, имѣетъ дѣтей. Правая околоушная железа значительно увеличена, опухоль спускается по краю нижней челюсти. Флюктуация, небольшая болезненность, гладкая поверхность. Больна 5 мѣсяц. 30/ix (общ. нарк.) — операція. Разрѣзъ въ 8 см. Въ околоушной железе большая полость, наполненная кровяными сгустками, по удаленіи которыхъ удалось выдѣлить и оболочку. Тампонада. Черезъ 3 дня удалены тампоны и рана быстро зарубцевалась, частью *per primam* и частью *per granulationem*.

Злокачественныя новообразованія на шеѣ были въ трехъ случаяхъ (2 м. и 1 ж.). Во всѣхъ трехъ случаяхъ былъ ракъ, 2 раза въ видѣ первичнаго заболѣванія и 1 разъ въ видѣ переноса съ грудной железы на шейныя лимфатическія железы.

Р. С. 16/iii — 28/iii. Жена врача, 35 л. Братъ умеръ отъ саркомы бедра. Со стороны отца — *tbc.* Въ дѣтствѣ рахитъ и золотуха. Послѣ второго ребенка — лѣвосторонній *mastitis*. Годъ т. н. — *sarcomae mammae*, операція въ августѣ 1908 г. Въ началѣ марта 1909 г. замѣтила небольшую железу надъ лѣвой ключицей. 20/iii (общ. нарк.) — операція. Надъ ключицей удаленъ пакетъ увеличенныхъ, уплотненныхъ железъ. Заживленіе *per primam*. *Cancer alveolaris*.

Въ одномъ случаѣ въ виду слишкомъ большого распространенія опухоли операціи не было.

Н. Б. 9/xii — 18/xii. Поваръ, 70 л. Боленъ 9 мѣс. Послѣдн. 1½ мѣс. — затрудненное глотаніе и хриплый голосъ. Опухоль занимаетъ лѣвую половину шеи, она очень плотная и неподвижная. Вены на кожѣ расширены. Опухоль тѣсно сращена съ *m. st. cl. mast.* съ гортанью и съ подъязычной костью. При ларингоскопическомъ изслѣдованіи: смѣщеніе гортани вправо, лѣв. полов. надгортанника, ложн. голосов. связка и особенно черпаловидные хрящи заняты опухолью.

Въ 1 случаѣ былъ ракъ гортани.

П. Ч. 5/xii — 3/i, управляющій имѣньемъ, 65 л. Со стороны наследственности, отмѣчены *tbc.* и *sarcom.* Боленъ 10 мѣс. Хриплый голосъ. Общее состояніе удовлетворительно. Лимфатическія железы шеи не прощупываются. При ларингоскопії: лѣв. голос. связка занята опухолью, исходящей изъ нижней трети надгортанника. 6/xii (общ. нарк.) — операція. *Laringo-fissura*. Разсѣчены *cart. thyreoidea*, *cricoidea* и 1 кольцо трахеи. Удалены *cart. thyreoid.* почти цѣликомъ и основаніе надгортанника. Истинныя голосовыя связки сохранены. Введена трахеотом. трубка и сдѣлана тампонада выше ея. Теченіе послѣ операціи безъ осложнений. Ушелъ съ трахеотомной трубкой. При микроскопическомъ изслѣдованіи — плоскоклеточный ракъ.

Доброкачественная опухоль была въ одномъ случаѣ; находилась она подъ краемъ нижней челюсти, и послѣ удаленія оказалась дольчатой липомой.

Прирожденная кривошея наблюдалась 1 разъ

у мальчика 2½ лѣтъ, который родился въ нормальный срокъ, но роды были тяжелые, при помощи щипцовъ и при ягодичномъ положеніи плода.

7/xi (общ. нарк.) была сдѣлана перерѣзка пр. *m. st. cl. mast.* и наложена Кирмиссоновская гипсовая повязка съ тракціоннымъ резиновымъ шнуромъ. Заживленіе *per primam intent.* Результатъ удовлетворительный.

Такимъ образомъ было оперировано 13 больныхъ, которымъ было сдѣлано 16 операций:

наложеніе швовъ . . . . .	2
разрѣзы мягкихъ тканей . . . . .	5
разрѣзы и выскаблив. . . . .	1
изсѣченіе зобовъ . . . . .	3
вылущеніе лимфатич. железъ . . . . .	1
удаленіе новообраз. . . . .	2
резекція гортани . . . . .	1
операция при кривошеи . . . . .	1

8 изъ этихъ операций были сдѣланы подъ общимъ наркозомъ и 7 при мѣстной анестезіи. Теченіе послѣоперационныхъ ранъ безъ осложненийъ. Изъ оперированныхъ 1 случай кончился смертью, ближайшей причиной смерти было септическое воспаленіе легкихъ, начавшееся еще до операции.

### III. Грудная клѣтка, включая грудную железу и пищеводъ. 25 сл. (13 м. 12 ж.).

Оперированныхъ . . . . .	19
Извлеченіе пуль . . . . .	1
Разрѣзъ . . . . .	4
Удаленіе новообразованій . . . . .	9
Гастростомія . . . . .	3
Торакотомія съ резекціей реберъ . . . . .	1
Торакоцентезъ . . . . .	1
Умершихъ . . . . .	2

#### А. Поврежденія гр. клѣтки. 6 сл. (5 м., 1 ж.).

##### 1. Раны.

##### а) Колотыя.

1 случ. перочиннымъ ножомъ, осложнившійся небольшой эмфиземой и гематотораксомъ; выздоровленіе.

##### б) Огнестрѣльные-револьверомъ — 5 сл.

1. Непроницающія гр. клѣтку — 3 сл.

2. Проницающія гр. клѣтку — 2 сл.

Въ двухъ случ. раны были на вылетъ; въ одномъ — пуля была извлечена, въ двухъ въ виду отсутствія показаній пули были оставлены. Въ одномъ случ., осложненномъ переломомъ ребра и haematothorax'омъ, была сдѣлана пункция, выкачено 400 к. с. кровянистой жидкости. Въ 4-хъ случаяхъ больные выписались поправляющимися; въ одномъ сл. больной, съ крайне возбужденнымъ нервнымъ состояніемъ, въ тотъ же день былъ взятъ обратно родными.

Б. Болѣзни стѣнокъ гр. клѣтки и гр. железы — 13 сл.  
(4 муж., 9 жен.).

1. Воспаленія — 4 сл.

а) Острыя.

1 случай двухсторонней острой грудницы на 7-й день послѣ родовъ (кормила сама); разрѣзъ — выздоровленіе.

2. Случай опухоли реберъ воспалительнаго происхожденія.

Больной С. 50 лѣтъ 19/I — 31/I 1909, въ августѣ 1906 г. былъ боленъ брюшнымъ тифомъ; 14-го сентября, передъ тѣмъ какъ онъ предполагалъ встать съ постели у него внезапно появилась боль въ правомъ боку у края реберъ и опухоль: т<sup>0</sup> поднялась до 41° и держалась повышенной до 1-го октября. Опухоль медленно увеличивалась и при поступленіи въ клинику была овальной формы безъ рѣзкихъ границъ, начиналась отъ соединенія реберныхъ хрящей съ ребрами и доходила до lin. axillar. anter., при чемъ захватывала всѣ нижнія ребра, начиная съ 6-го. Консистенція опухоли была хрящевая. Пробный проколъ далъ нѣсколько капель гноя, содержащаго бациллы похожіе на *Bact. coli* comm. и красящіяся по Gram'у, кокки и диплококки; игла, пройдя кожу, упиралась въ плотную ткань. Больной выписался безъ операціи.

б) Хроническія.

1. Случай незаживающаго свища грудн. клѣтки, послѣ произведенной 2 г. назадъ торакотоміи. Свищевой ходъ ведетъ въ полость плевры. Правое легкое сверху до середины лопатки даетъ нѣкоторое приглушеніе; ниже звукъ ясный съ коробочнымъ оттѣнкомъ. Вмѣстимость полости около 2-хъ стакановъ жидкости. Больной не согласился на операцію.

2. Случай туберкулезнаго пораженія реберъ.

Больной Б. 30 лѣтъ (24/XII — 4/III 1909) имѣетъ туберкулезную наслѣдственность; въ 15-лѣтнемъ возрастѣ кровохарканіе; 17 лѣтъ — воспаленіе легкихъ и плевритъ; на 23-мъ году — tbc. праваго придатка яичка: — яичко было удалено. Черезъ 2 года появились боли въ поясницѣ и въ правой ногѣ; тогда же появилось выпячиваніе 2-хъ поясничныхъ позвонковъ. Почти одновременно съ этимъ появилась опухоль въ области 4, 5, 6 и 7-го правыхъ реберныхъ хрящей, распространившаяся и на грудину. Опухоль постепенно размягчалась, была вскрыта, — выдѣлилось много гноя; мѣсяцевъ черезъ 5 рана зажила. Въ прошломъ году былъ вскрытъ холодный гнойникъ въ ягодичной области. 5 мѣсяцевъ тому назадъ открылся свищъ надъ мечевиднымъ отросткомъ грудины, выдѣляющій кровянистогнойную жидкость. Опухоль на ребрахъ снова появилась и достигла прежнихъ размѣровъ; консистенція ея мягковатая. При поступленіи въ нашу клинику найдено: въ правой верхушкѣ легкаго выдохъ и ослабленное дыханіе, въ мочѣ бѣлокъ 0,5‰, въ мокротѣ Коховскія палочки. Подъ мѣстной анестезіей свищевой ходъ былъ вскрытъ, реберные хрящи были выскоблены ложечкой. Рана постепенно затягивалась, но свищъ все-таки остался и больной черезъ 3 мѣсяца выписался съ совѣтомъ ѣхать въ Крымъ.

2. Новообразованія 9 случ. (1 м., 8 ж.).

а) Незлокачественныя — 2 сл.

1. Случай жировика спины; вылуценіе подъ мѣстной анестезіей, *prima intentio*.

2. Случай фиброаденомы прав. грудной железы; въ анамнезѣ отмѣ-

чается грудница и травма—ушибъ. Вылуценіе подь мѣстной анестезіей.

Б. Злокачественныя—7 сл. (1 м., 6 ж.).

1. Случай фибросаркомы лопаточной области.

Больной Д., 48 л. 31/III—27/IV 1909 г. 8 мѣсяцевъ тому назадъ ударился о шкафъ лѣвой лопаткой. Черезъ нѣкоторое время замѣтилъ въ этомъ мѣстѣ опухоль, которая постепенно увеличивалась и по временамъ въ ней ощущалось легкое покалываніе. При постушеніи въ клинику опухоль была съ куриное яйцо, подвижна по отношенію къ окружающимъ тканямъ. Удаленіе подь мѣстной анестезіей съ частію здоровыхъ мышцъ и апоневроза; край *Spinae scapulae*, отъ надкостницы котораго повидимому исходило новообразование, былъ сбитъ долотомъ; выписался здоровымъ.

2. Ракъ грудной железы—6 сл.

Въ 5-ти случаяхъ ракъ былъ первичнымъ, въ одномъ—повторнымъ; въ 3-хъ случаяхъ опухоль помѣщалась въ лѣвой гр. железнѣ, въ остальныхъ—въ правой; въ одномъ случаѣ отмѣчается предшествовавшій ушибъ железы; въ 4-хъ женщины были замужнія, имѣли по нѣсколько дѣтей и кормили сами; время развитія опухоли—отъ 2 до 6 мѣсяцевъ; величина—отъ лѣсного орѣха до кулака; консистенція плотная; въ двухъ случаяхъ опухоль была плотно спаяна съ кожей; въ одномъ сосокъ былъ втянутъ; въ одномъ случаѣ было 2 ядра, въ остальныхъ—единичныя. Соотвѣтствующія подмышечныя железы были гипертрофированы во всѣхъ случаяхъ. По гистологическому строенію въ 3-хъ случаяхъ былъ скирръ, въ остальныхъ альвеолярный ракъ. Терапія во всѣхъ случаяхъ была оперативная, при чемъ въ случаяхъ первичнаго рака производилась радикальная операція обычнымъ для нашей клиники путемъ. Въ случаѣ рецидива, обнаружившагося приблизительно черезъ 1 годъ 3 мѣсяца послѣ радикальной операціи, удалось вылущить только часть узловъ въ рубцахъ и пакетъ увеличенныхъ подмышечныхъ железъ. Во всѣхъ случаяхъ примѣнялся общій наркозъ. Швы изъ кѣтгута; рана зашивалась наглухо, а въ контръ-апертуру вставлялся дренажъ. Въ 3-хъ случаяхъ заживленіе осложнилось гематомой, въ остальныхъ *prima intentio*.

В. Болѣзни плевры—2 сл.

1. *Воспаленія*.

а) *Острыя*.

1 случай лѣвосторонней эмпіэмы.

У больного А., 52 л. 8/IX—2/XI 1908 вдругъ появились боли въ лѣвомъ боку кашель съ мокротой и сильная одышка; t-° 38,6. На лѣвой сторонѣ гр. клѣтки сзади отъ *spin. scapulae* и спереди отъ ключицы—приглушеніе. Подь мѣстной анестезіей—резекція 9-го ребра на протяженіи 4-хъ сантиметровъ кзади отъ задней подмышечной линіи. Плевра утолщена и напряжена; послѣ ея разрѣза выдѣлилось около литра жидкаго съ дурнымъ запахомъ гноя. Рана дренирована. Послѣоперационное теченіе хорошее, больной выписался черезъ 40 дней въ хорошемъ общемъ состояніи съ значительно уменьшенной полостью и расправившимся легкимъ

б) Хроническія.

1 случай правосторонняго туберкулезнаго плеврита.

Г. Болѣзни пищевода 4 сл. (2 м., 2 ж.).

1. Воспаленія.

а) Острыя.

Два случая травматическаго эзофагита.

1. Больная 58 л. II П — 21/IV 1909 г. подавилась во время ѣды осколкомъ говяжьей кости, который и былъ извлеченъ на 3-й день при помощи эзофагоскопа; при этомъ было видно, что костью была поранена стѣнка верхней части пищевода. Остались боли при глотаніи. Черезъ три мѣсяца онѣ усилились и къ нимъ присоединились боли между лопатками при всякомъ малѣйшемъ движеніи и иногда во время покоя. При эзофагоскопированіи обнаружена гноящаяся язва на задней стѣнкѣ пищевода въ его верхней части. Была сдѣлана временная гастростомія. Черезъ мѣсяць язва почти зажила, глотаніе довольно свободно. Выписалась съ закрывшимся свищомъ желудка.

Во второмъ случаѣ больная подавилась рыбной костью, были подобныя же явленія, но въ меньшей степени. Выписалась черезъ 2 недѣли, почти здоровой.

2. Суженія — 2 сл.

Оба вслѣдствіе карциномы пищевода тотчасъ выше мѣста раздѣленія трахеи. Въ обоихъ случаяхъ была произведена операція наложенія желудочнаго свища. Оба случая, осложнившіеся гангреной легкихъ, окончились смертью, — одинъ на 4-й день послѣ операціи, другой на 10-й. Вскрытіе перваго показало: *ulcus oesophagi sub bifurcationem cancrorum et gangraenosum. Perforatio eiusdem in mediastinum posterium. Mediastinitis gangraenosa inde gangraena partialis et perforatio parietis bronchi dextri. Pneumonia aspiratoria lobi inferioris pulmonis dextri et sinistri.*

Вскрытіе втораго: *Pneumonia aspiratoria lobi superioris pulmonis sinistri cum exitu in gangraenam. Strictura cancrum oesophagi sub bifurcationem tracheae.*

#### IV. Болѣзни органовъ живота и таза.

1. Болѣзни брюшныхъ стѣнокъ: 2 случая гнойниковъ передней брюшной стѣнки, оба у мужчинъ.

Больной, Е. П., крестьянинъ, 28 л., чернорабочій. Поступилъ въ клинику 17/xi 1908 г. О прошлыхъ заболѣваніяхъ и о данныхъ со стороны наслѣдственности сообщить ничего не можетъ. Въ концѣ сентября сего года у больного появились: сильная головная боль, одышка, отекъ лица, а затѣмъ туловища и конечностей. Черезъ мѣсяць онъ замѣтилъ опухоль надъ лобкомъ, величиною въ куриное яйцо. Вскорѣ у больного появился поносъ, а затѣмъ запоръ. Съ того же времени у больного появилось частое и болѣзненное мочеиспусканіе, разъ 14—18 въ сутки мутной мочей. *St. praes.* Опухоль брюшной стѣнки простирается отъ лобка до пупка, 19 см. въ поперечникъ, болѣзненная, по периферіи плотная, въ центрѣ мягкая, флюктуирующая и кромѣ того спаянная съ кожей. Всюду надъ ней тупой звукъ. Асцита нѣтъ. При изслѣдованіи *per rectum* prostata оказалась плотной, увеличенной. Цистоскопія дала картину *cystitis subacuta* и кромѣ того на внутренней стѣнкѣ пузыря были найдены большіе bulli. Лейкоцитозъ 13.000. При опе-

раціи на мѣстѣ опухоли оказался гнойникъ, исходящій изъ предпузырной клѣтчатки. Въ стѣнкѣ пузыря ошупать ничего не удалось. Послѣ операціи мочеиспусканіе свободно. Границы печени пришли къ *N.* Цистоскопическая картина не измѣнилась. Выписался 30/1 1909 г. по собственному желанію съ незажившей раной.

✓ 2. Бсльной И. К., крестьянинъ, сапожникъ, поступилъ 26/1 1909 г. Въ концѣ декабря появились боль и затверденіе слѣва внизу живота и т<sup>0</sup> высокая. Опухоль размѣромъ 20—30 см., болѣзненная, сильно напряженная. Ясной флюктуации нѣтъ. Т<sup>0</sup> 39,0. Лейкоцитозъ 12.690. При операціи подъ апоневрозомъ наружной косой мышцы оказался гнойникъ. Въ гною *staphylococcus-albus*. 20/III выписался съ небольшой, хорошо гранулирующей раной.

**Раненія брюшной стѣнки:** 2 огнестрѣльные раны револьверными пулями, одна проникающая; 2 колото-рѣзанные, изъ которыхъ одна также проникающая.

Больная Н. Д., 19 лѣтъ, поступила 30/1 1909 г. Слева по *lin. mamill.*, у края реберъ огнестрѣльная рана, очень поверхностная, съ обожженными краями. На 4 поперечныхъ пальца кнаружи, на уровнѣ пупка вторая. Выходное отверстіе на палецъ ниже. Пуля прошла въ подкожной клѣтчаткѣ. Выписалась по собственному желанію 31/1 1909 г. въ удовлетворительномъ состояніи.

Больная М. П., 22 лѣтъ, портниха, поступила 2/III 1909 г. 2/III выстрѣломъ ранила себя въ лѣвую половину живота. При операціи найдено сквозное раненіе двухъ петель тонкихъ кишокъ и разрывъ на значительномъ протяженіи нисходящей ободочной и кровотеченіе изъ ея брыжеечныхъ сосудовъ.

Выписалась здоровой 2/VII 1909 года.

Подробности въ статьѣ проф. *В. Н. Саввина*.

Больной А. М., 19 лѣтъ, переплетчикъ, поступилъ 28/XI 1908 г. 22/XI рѣзалъ картонъ и сорвавшимся ножомъ поранилъ себя въ область верхней трети лѣваго *m-li recti abdom.* Рана проникаетъ до внутренняго листка влагалища *m-li recti*. Длина ея 5 см. 12/XII выписался съ небольшой гранулирующей поверхностью.

Больная Ф. Р., 40 лѣтъ, экономка, поступила 7/III 1909 г. Колотая рана въ верхней трети живота на 2½ см. вправо отъ средней линіи. При операціи найдено, что рана проникаетъ въ брюшную полость и кромѣ того поранена правая доля печени.

Подробности въ статьѣ проф. *Н. В. Саввина*.

Послѣоперационныхъ свищей было 4 случая. Изъ нихъ послѣ гинекологическихъ операцій 2 и 2 послѣ удаленія почекъ.

Воспаленія брюшины. Всего было 5 случаевъ.

Острыхъ воспаленій брюшины было 3 случая.

Одинъ случай раздраженія брюшины на почвѣ истеріи и одинъ случай хроническаго перитонита. Одинъ случай острого перитонита, травматическаго происхожденія окончился смертью.

Больная А. К., 35 лѣтъ, поступила 30/XI 1908 г. 22/XI у больной появилась тошнота и сильная боль въ животѣ. 28/XI сильная рвота, т<sup>0</sup> 38<sup>0</sup>. Животъ умѣренно вздутъ, сильно болѣзненъ главнымъ образомъ внизу живота. Тепло, наркотическія средства. 8/XII выписалась по собственному желанію съ значительнымъ улучшеніемъ.

Больная М. III., 32 лѣтъ, поступила 5/VIII 1909 г., съ диагнозомъ *pelveoperitonitis*. На 16 день послѣ родовъ были запоры, сильныя боли во всемъ животѣ, т<sup>0</sup> 39<sup>0</sup>. 10/VIII больная выписалась по собственному желанію съ диагнозомъ: *Hysteria*.

Больной М. Л., 19 лѣтъ, конюхъ, поступилъ 18/XII 1908 г. 17/XII больного ударила лошадь въ животъ. Тотчасъ появилась сильная боль въ животѣ, рвота, задержаніе газовъ. При изслѣдованіи обычная картина острого перитонита. При операціи найдены раз-



рывъ въ верхней трети тонкихъ кишекъ. Резекція, Дренажъ брюшной полости. Смерть 20/xii.

Больная В. Б., 18 лѣтъ, прислуга; поступила 7/ii 1909 г. Съ апрѣля по сентябрь у больной было 20 приступовъ appendicitis. 31/x 1908 г. appendectomy, при чемъ среди сращеній найденъ гнойникъ. 23/xi выписалась здоровой. Вскорѣ у больной періодически стали появляться боли во всемъ животѣ и запоры. 6/ii 1909 г. сильныя боли, вздутіе живота, тошнота, рвота, отсутствіе стула и газовъ. При операціи оказалось, что кишки инъецированы, покрыты фибринозно-гнойными наложеніями. Брыжейка тонкихъ кишекъ утолщена и мѣстами въ ней разбросаны увеличенныя железы. Въ одномъ мѣстѣ инфильтратъ съ брыжейки переходитъ на кишку, кольцевидно ее обхватываетъ и сдавливая ея просвѣтъ. На разстояніи 15 см. отъ этого мѣста наложено боковое соустіе. Дренажъ брюшной полости. 26/v выписалась съ небольшимъ свищомъ.

Больной К. С., 37 лѣтъ, крестьянинъ, поступилъ изъ терапевтическаго отдѣленія 8/iv 1909 г. 2 года назадъ у больного стали появляться боли въ животѣ, преимущественно въ правой подвздошной области. При изслѣдованіи оказалось, что животъ вздутъ, напряженъ, не болѣзненъ и ниже пупка прощупывается бугристая опухоль. При операціи 11/iv оказалось, что паріетальная брюшина сильно утолщена и сращена съ прилежащими петлями тонкихъ кишекъ. Спаянными между собой оказались тонкія и толстыя кишки. Изъ сращеній выдѣлено 3 аршина тонкихъ кишекъ. Удаленъ также appendix. Онъ былъ впаянъ въ сращенія. Выписался здоровымъ 30/v 1909 г.

Поддіафрагмальныхъ абсцессовъ были два случая одинъ — у мужчины, одинъ — у женщины.

✓ Больная Ю. Г., 46 лѣтъ, швея золотомъ, поступила 23/xi 1908 г. 19/xi у больной появилась боль подъ ложечкой, рвота, t° 41. При поступленіи t° 39,5, языкъ обложенъ, животъ вздутъ, при давленіи болѣзненъ. Чувствительность особенно выражена въ правой подвздошной ямѣ и въ области правой почки. Брюшныя стѣнки напряжены и инфильтрация прощупать не удастся. Операція начата, какъ обычно дѣлается при аппендикотоміи. Appendix не найденъ; брюшина закрыта; разрѣзъ удлинень кзади. Околопочечная клѣтчатка свободна. Почка припаяна къ 12-му ребру. По отдѣленіи ея изъ глубины показалась зловонная жидкость съ плотными комочками, похожими на каловые камни аппендикса. Полость гнойника идетъ кверху, позади толстой кишки до діафрагмы. Тампонада. Послѣдующее леченіе затянулось. Образовалось два свища, изъ которыхъ одинъ шелъ кверху, другой внизъ къ малому тазу. Изъ перваго выдѣлялся гной, черезъ второй шупъ проходилъ въ кишку. Выписалась 30/vi 1909 г. со свищомъ.

Больной М. И., 33 лѣтъ, фабричный, поступилъ 2/ii 1909 г. Въ половинѣ ноября 1908 г. почувствовалъ боль въ правомъ подреберьѣ съ иррадіаціей въ правое плечо. Черезъ 5 дней рвота, продолжавшаяся 3 недѣли, и боль подъ ложечкой. Рвало пищей, крови не было. На 12-й день желтуха. 23/xii—гектического характера t°. При изслѣдованіи печень опущена, по lin. mamillaris на 4 пальца выстоитъ изъ-подъ реберъ, а по средней линіи на 2 пальца выше пупка. Животъ справа выпяченъ. При операціи найденъ нагноившійся эхинококкъ. Въ гною staphylococcus albus. 20/ii смерть. При аутопсіи найдено: septicoruaemia, pelveoperitonitis purulenta. Перерожденіе сердца, почекъ, печени, отеки легкихъ.

✓ Haematoma m-li psoatis dextr. 1 случай.

Больной К. Ф., 25 лѣтъ, поступилъ 24/viii 1908 года. Въ концѣ іюля 1908 г. появилась боль въ суставахъ ногъ и опухоль въ правомъ паху, которая подъ вліяніемъ тепла нѣсколько уменьшилась. При изслѣдованіи въ правомъ паху опухоль, правая нога согнута въ тазобедренномъ и колѣнномъ суставахъ. Правый ileo-psoas приподнять находящейся подъ нимъ опухолью, которая флюктуируетъ. Позвоночникъ не болѣзненъ. 19/viii проколъ опухоли у spina ant. sup. Извлечено 1,5 см кровянистой жидкости, которая подъ микроскопомъ оказалась давно свернувшейся кровью. Посѣвъ—стерилень. Подъ вліяніемъ ваннъ

опухоль стала уменьшаться. Выписался 18/ix, не окончивъ леченія, по собственному желанію.

**Болезни желудка.** Заболѣваний желудка было 8, 6 у мужчинъ, 2 у женщинъ, изъ нихъ: а) суженій привратника 2 случая, одинъ послѣ рубцеванія круглой язвы, другой вслѣдствіе ожога HCl; б) одинъ случай круглой язвы; в) 4 случая злокачественныхъ новообразованій. Возрастъ больныхъ 43—51 г. Оперировалось 2 больныхъ, безъ операции выписалось 6. Изъ оперативныхъ пособій примѣнялась gastro-enter.stom. retrocol. poster. Злокачественныя опухоли наблюдались у мужчинъ 3 раза, у женщинъ 1 разъ; д) 1 случай cicatrices ventriculi — желудокъ въ видѣ песочныхъ часовъ.

Больной С. К., артельщикъ, 40 лѣтъ, поступилъ 5/iii 1909 г. Съ дѣтства страдаетъ расстройствомъ желудочнаго пищеваренія—боли, частыя рвоты не переваренной пищей. При изслѣдованіи границы желудка на палецъ ниже пупка. Натощакъ выкачено 1000 к.с. Общая кислотн. сока 75; HCl  $2\frac{1}{6}$ ; молочная к. полож.; дрожжев. грибки, сарцины. Двигательная и всасывающая функціи понижены. Выписался 14/iii по собственному желанію безъ операции.

Больной П. Л., 34 л., фабричный, поступилъ 24/vii 1909 г. Пататоръ. 25/v принялъ тимолъ, стрихнина и запилъ стаканомъ HCl. Въ концѣ іюля появились отрыжка и рвота. При бужированіи пищеводъ проходимъ. Изъ желудка выкачено много содержимаго. 28/vii. Gastro-enterostomia. Гладкое послѣоперационное теченіе. 19/viii кровь въ мокротѣ, притупленіе сзади въ лѣвомъ легкомъ. 19/viii смерть. На вскрытіи оказалось: pylorostenosis, gastroentero-aesofhagitis chronic., gangraena pulmonis sinistri.; abscessus multipl. pulm. sinistr.

Больной Н. Ч., 28 л., казакъ (крест.), 6 лѣтъ назадъ впервые у больного появилась боль подъ ложечкой и рвота. Затѣмъ 3 года онъ себя чувствовалъ хорошо. Потомъ снова появилась боль вскорѣ послѣ ѣды и рвота. 2 года рвота бываетъ съ кровью. Отрыжки кислыя и кромѣ того боль въ спинѣ. При давленіи боль подъ ложечкой. Реакція желудочнаго содержимаго рѣзко кислая. Крови нѣтъ. 2/v выписался по собственному желанію безъ операции.

Больной М. Р., 56 л., торговецъ, поступилъ въ клинику 13/xi 1908 г. Въ теченіе послѣднихъ 15 лѣтъ много пилъ. Со стороны наслѣдственности патологическаго ничего нельзя отмѣтить. Годъ назадъ появилась тяжесть подъ ложечкой. Въ августѣ с. г. вмѣсто тяжести появилась боль и больной сталъ замѣчать, что онъ худѣетъ и слабѣетъ. Опухоль не прощупывается. Общ. кисл. 6; HCl abs; реакція Weber'a рѣзко положительная. 20/xi выписался безъ операции по собственному желанію.

Больной П. Ш., 49 л., торговецъ, поступилъ 28/x 1908 г. Въ теченіе 14 лѣтъ пилъ умѣренно, а послѣднія 9 лѣтъ сталъ пить болѣе. Со стороны наслѣдственности патологическаго отмѣтить не удастся. 7 лѣтъ у больного отрыжки и изжога. Съ іюня с. г. появилась рвота. При изслѣдованіи: выпячиваніе въ области желудка, на мѣстѣ котораго находится разлитой инфильтратъ. Желудокъ вздутъ и расширенъ. Лимфатич. железы въ паховыхъ складкахъ въ подмышечныхъ ямкахъ и надъ ключицами. 30/x операція. Въ виду наличности значительнаго количества лимфатическихъ железъ по малой кривизнѣ и на аортѣ отказались отъ изсѣченія желудка. Gastro-enterostomia. г. р. Выписался 22/xi 1908 г.

Больной С. К., 51 г., торговецъ, поступилъ 4/iii 1909 г. Съ 15 лѣтъ приблизительно разъ въ мѣсяцъ рвота. Съ октября 1908 г. сталъ худѣть и слабѣть. 1/xi: обильная съ кровью рвота. 3/і дегтеобразныя испражненія. При изслѣдованіи слѣва въ области желудка яйцевидная опухоль, твердая. Общ. кисл. 4. HCl—abs, молочная есть. 18/iii въ виду плохого состоянія выписался безъ операции.

Больная М. М., 43 л., крестьянка, поступила 24/iii 1909 г. Въ декабрѣ 1908 г. поя-

вилась тупая, ноющая боль подъ ложечкой послѣ ѣды. Вскорѣ къ этому присоединилась отрыжка тухлыми яйцами и иррадіація въ лѣвый бокъ. Въ январѣ 1909 г. рвота кофейной гущей. Черезъ мѣсяцъ больная замѣтила опухоль выше пупка съ голубиное яйцо. Границы желудка—N; въ этой области прощупывается опухоль 3×7 см., большая часть которой лежитъ слѣва. Опухоль плотна, бугриста. Рвотныя массы буроватаго цвѣта; HCl—abs; молочная есть; много непереваренной пищи. Послѣ пробнаго завтрака общ. кисл. 4; HCl—abs, молочная положит.; летуч. жирн. кислоты; дрожжевыя грибки, сарцины. Двигательная и всасывающая способности понижены. При операціи найдено сарсінома *curvaturae majoris et minoris et cardiacae*. Железы въ окружности поражены. Произведена *gastro-enterostomia retrocol pos.* Гладкое послѣоперационное теченіе. Выписалась 23/iv 1909 г. Пища проходитъ свободно.

Больная К. П., 41 г., поступила 12/xi 1908 г. 10 лѣтъ назадъ появились боли подъ ложечкой. Въ 1907 году въ нашей клиникѣ ей сдѣлана была операція, при которой оказалось, что желудокъ имѣетъ форму песочныхъ часовъ. Рубцы удалены, произведена пластика. Боли исчезли. Въ 1908 г. появились снова боли, изжога, повышенная кислотность. Діететическое леченіе дали эффектъ. Выписалась 22/xi 1909 г.

**Заболѣваній** кишекъ 6 случаевъ, изъ которыхъ три случая злокачественныя опухоли (2 раза слѣпой кишки и *partis pelvinae* 1 разъ), два случая—заворота тонкихъ кишекъ. Въ одномъ случаѣ явленія заворота исчезли отъ терапевтическихъ мѣропріятій. Наконецъ, шестой случай былъ инвагинація тонкой въ толстую. Случай этотъ слѣдующій:

Больной И. Е., 33 лѣтъ, поступилъ 27/ii 1909 года съ жалобой на опухоль живота, нижнихъ конечностей, мошонки и *penis'a*. Боленъ съ августа 1908 года. При изслѣдованіи больного отмѣчается со стороны желудка—тяжесть въ подложечной области до и послѣ ѣды, а въ особенности до ѣды, боль преимущественно натошакъ. Со стороны кишекъ—поносъ съ 17-го августа, безъ боли, понемногу, все время со слизью, но безъ крови. Животъ рѣзко увеличенъ, напряженъ, баллотируетъ. При перкуссіи легкихъ отмѣчается приглушеніе съ обѣихъ сторонъ сзади отъ угла лопатки и книзу. На мѣстѣ приглушенія рѣзко ослабленное дыханіе и ослабленный *fremitus*. Со стороны сердца отмѣчается: Р—64 въ 1', правильный, средняго напряженія, тоны глухи. Моча—кислая, уд. в. 1016, бѣлокъ, лейкоциты, бактеріи, соли кислаго мочекислаго натра, кристаллы мочевоы кислоты.

*Anamnesis.* Заболѣлъ внезапно — на охотѣ 17/viii 1908 г. Былъ выпивши и сразу почувствовалъ себя скверно. Появились боли въ животѣ, изжога, рвота. Больной выпилъ 1½ ковшовъ деревенскаго кваса, но его вырвало и сейчасъ же жидко прослабило. Появилась большая слабость, т. ч. больного съ охоты пришлось уже вести. Рвота, поносъ около 1½ сутокъ, а на слѣдующій день замѣтилъ вздутіе живота. На 3-й день въ виду икоты, боли и вздутія живота обратился за совѣтомъ къ врачу, который лѣчилъ его минеральными водами и какими-то каплями. Икота, рвота прекратились, но животъ не уменьшился. Поносъ смѣнился запоромъ, продолжавшимся около 2-хъ недѣль, а затѣмъ вновь появился и продолжается до настоящаго времени.

10/iii 1909 г. подъ мѣстной анестезіей — 0,03 морфія и 4 шприца *sosaini* 1½‰ раствора — сдѣланъ разрѣзъ 15 сант. по средней линіи выше и ниже пупка. По вскрытіи брюшины выдѣлилась асцитическая, слегка геморрагическая жидкость. Частью вышли частью были выведены раздутыя петли тонкихъ кишекъ. Въ области соесі и выше по толстой кишкѣ плотный инфильтратъ. Въ рану выведена *flexura sigmoidea*, при чемъ оказалось, что ея просвѣтъ въ верхней части выполненъ какой-то мягкой опухолевидной массой. Былъ сдѣланъ боковой анастомозъ между *ileum* и нижнимъ отросткомъ *flexurae sigmoid.* Во время операціи было сдѣлано отверстіе въ тонкой кишкѣ для выхода газовъ: оно зашито въ поперечномъ направленіи; къ этому участку введены 3 салфетки. Большая часть раны зашита 3-хъ этажнымъ швомъ. Всюду шелкъ, а на кожу скобки.

Течение болѣзни: вечеромъ въ день операціи (№ 36, 6, Р. 108, общее состояніе тяжелое. Повязка промокла кровянистой жидкостью. Слабило обильно, вязкой черной массой. 11/iii. Рвоты не было, всю ночь и утромъ слабило. Р—100 въ 1'. Въ слѣдующіе дни рвота, икота, пульсъ слабовать, сознание затемнено, бредъ. 26/iii больной скончался. Вскрытіе: *Intussusceptio intestini ilei in coecum et colonem ascendentem. Peritonitis purulenta universalis chronica. Hypertrophia parietum intestini ilei, Atrophia fusca cordis et hepatis. Atrophia marantica lienis. Adhaesiones pleurales. Emphysema pulmonum. Ecchymoses subpleurales. Pleuritis sicca sinistra. Hyperhaemia serosa lobarum inferium utriusque pulmones. et haemorrhagia disseminata. Inanitio.*

Больная О. Г., 35 л., дом. хоз. Поступила 2/xii 1908 г. 3 мѣс. назадъ періодически начали появляться боли вокругъ пупка, иррадирующія въ спину и правую половину живота. Почти одновременно она замѣтила въ области соесі опухоли въ куриное яйцо. При изслѣдованіи въ области соесі опухоль плотная, болѣзненная при давленіи. При операціи 15/xii оказалось tumor соесі съ поражениемъ железъ брыжжейки. Резекція. Соустіе между восходящей и тонкой кишками. Гладкое послѣоперационное течение. *Prima int.* Выписалась 10/i 1909 г.

Больной В. Б., 70 л., артельщикъ. Поступилъ въ клинику 2/ii 1909 г. 11½ года запоры. Испражненія подобно овечьему помету; иногда съ кровью. Последнее время сильно похудѣлъ. 30/i сильныя боли въ животѣ, вздутіе кишечника, отсутствіе стула и газовъ; икота, рвота. Животъ вздутъ, сильно болѣзненъ. Перистальтики не замѣтно. По перкуссии ничего отмѣтить нельзя. Пульсъ 54. Внутр. орг. N. При изслѣдованіи *per rectum* — *tumores haemorrhoidales*. При операціи оказалась опухоль *partis pelvinae recti* величиною въ куриное яйцо, плотная на ощупь. Двухмоментное образование *ani praeternaturalis*.

5/ii смерть. На вскрытіи оказалось: *pneumonia diffus. lobi inf. pulm. sin.; emphysema et oedema pulm. sin.; peritonitis acut. fibrinos.; degeneratio parenchym. myocardii, renis; hepatis moschat. et atrophia fusca hepatis.*

Больной М. Б., 45 л., поступилъ 16/ii 1909 г. 5 лѣтъ назадъ періодически начали появляться то запоры, то поносы. 2 года назадъ замѣтилъ опухоль въ правой половинѣ живота. Похуданіе и упадокъ силъ. При изслѣдованіи въ области соесі опухоль размеромъ 6×10 см. плотная, неподвижная, болѣзненная.

Реакція Brieger'a положит. Реакціи Pirquet и Colmette—отрицательныя.

2/iii операція. Удалена опухоль соесі, наложено соуствіе между восходящей и тонкой кишками. 6/iii смерть. На вскрытіи оказалось: *peritonitis acut. circumscrip., жировое перерожденіе сердца, печени, селезенки; nephritis interstitialis chr. oedema pulm.* Соуствіе кишекъ въ порядкѣ—хорошее сращеніе.

### Заболѣванія паренхиматозныхъ органовъ.

Заболѣванія печени 11 случаевъ. Изъ нихъ 6 случаевъ желчно-каменной болѣзни, леченныхъ оперативно—5 у женщинъ и 1 у мужчины; два случая съ явлениями *colica hepatica*, леченныхъ терапевтически — оба у женщинъ; 2 случая эхинококка и 1 случай гноиника печени—все у женщинъ. Въ случаяхъ желчно-каменной болѣзни локализція камней слѣдующая: въ двухъ случаяхъ камни были во всѣхъ трехъ протокахъ и пузырьѣ; два случая въ желчномъ пузырьѣ и по одному случаю въ *d. choledoch.* и *cystic*. Смерть въ этой группѣ была одинъ разъ. Кромѣ этой смерти еще одна смерть въ случаѣ эхинококка печени, всего слѣдовательно 2 случая смерти.

Больная Ф. С., 44 г. Поступила 20/vii 1908 г. Годъ назадъ у б-ой была желтуха неправильнаго типа. Въ началѣ іюля 1909 г. у б-ой появилась боль въ правомъ подреберьѣ и вскорѣ она замѣтила опухоль, которая довольно быстро стала увеличиваться.

При изслѣдованіи въ правомъ подреберьѣ опухоль 20—15 см. размѣромъ, продолговатой формы, плотная не бугристая. Точную связь съ какимъ-либо органомъ установить не удастся. При операціи оказался гнойникъ печени. Выписался 20/ix по собственному желанію съ незажившей раной.

Больная Е. Р., 59 л. Поступила 19/ix 1908 г. У 6-ой боль подъ ложечкой и въ правомъ подреберьѣ съ иррадіаціей въ спину. Желтуха. При давленіи область желчнаго пузыря болѣзненна. При операціи оказалось: желчный пузырь сморщенъ и въ немъ прощупываются камни; сращения съ салъникомъ. По раздѣленіи послѣднихъ желчный пузырь удаленъ. Дренажъ duct. hepatic. 5/xii выписалась здоровой.

Больная Е. С., 33 л. Поступила 27/ix 1908 г. съ жалобой на знобъ, жаръ и общую слабость. Со стороны наслѣдственности tbc. у матери. Въ теченіе двухъ послѣднихъ мѣсяцевъ лихорадочное состояніе, t° до 40° со сномомъ и потомъ. Внутр. орг. N. Нижняя граница печени на уровнѣ пупка, лѣвая доходитъ до селезенки. Въ области желчнаго пузыря бугристая, плотная опухоль. 28/x подъ мѣстной анестезіей операція. Разрѣзъ по 9 ребру, частичная резекція послѣдняго и трансплеврально вскрыта полость, въ которой находился гной (*streptococcus*) и пузыри эхинококка. Плевра и дѣфрагма подшиты къ кожѣ. 18/iv 1909 года выписалась съ зарубцевавшейся раной. Болѣй нѣтъ.

Больная Е. З., 59 л., дом. хоз. Поступила 2/x 1908 г. 24 года назадъ у 6-ой появились періодическія боли въ правомъ подреберьѣ. Въ мартѣ 1908 г. появилась опухоль подъ ложечкой, которая замѣтно увеличивалась. Желтухи не было. Въ области желчнаго пузыря опухоль грушевидной формы, флюктуирующая. При операціи найденъ однокammerный эхинококкъ. Операція производилась трансплеврально. 2/xi t° 39,5, цианозъ, быстрый упадокъ силъ и смерть.

На вскрытіи оказалось *perforatio venae cavae inferior*. Перфорация произошла благодаря известковымъ пластинкамъ, которыми была покрыта полость эхинококка. (См статью пр. С а в в и а).

Больная Р. Е., 34 л., жена врача, поступила 8/ii 1909 г. съ жалобой на боль въ правомъ подреберьѣ и желтуху. 10 лѣтъ назадъ сильный приступъ желчной колики, блѣтъ назадъ второй, болѣе легкой. Затѣмъ съ октября 1908 г. до дня поступленія пять приступовъ. Въ декабрѣ очень обильныя менструаціи. Внутр. органы N. Печень выстоитъ пальца на два изъ-подъ реберъ, равномернo плотная. Рѣзкая болѣзненность въ области желчнаго пузыря. При операціи 14/ii оказалось: значительныя сращения съ желудкомъ желчнаго пузыря; пузырь сплошь набитъ камнями; въ d. cysticus и choledoch камни. Камень изъ d. choledoch. продвинуть въ cysticus и удаленъ. Дренажъ d. hepatic. Art. cystica перевязана шелкомъ. Послѣоперационное теченіе осложнилось профузнымъ паренхиматознымъ кровотеченіемъ изъ разрѣзанныхъ мышцъ, стѣнокъ протоковъ и изъ глубины раны, не поддававшимся ни тампонадѣ, ни терапевтическимъ мѣропріятіямъ. Слѣдствіемъ чего 25/ii послѣдовала смерть.

Больная З. З., 36 л. Поступила 6/iii 1909 г. съ жалобой на боль въ правомъ подреберьѣ, повышенную t° и желтуху. У отца какое-то заболѣваніе печени. 17 лѣтъ назадъ первый приступъ *calicis hepatica*. 4 года — снова. Сильныя, иррадирующія въ лопатку боли, t° 41°, желтуха, державшаяся съ мѣсяцъ. Послѣ этого было еще шесть приступовъ. Послѣдній 3/iii 1909 г. Въ декабрѣ 1908 г. 6-ая замѣтила опухоль въ правомъ подреберьѣ. Внутр. орг. N. Печень выстоитъ на 1½ пальца изъ-подъ реберъ. Желчный пузырь прощупывается, болѣзненъ. Иктеричная окраска склеръ и кожи. Лейкоцитовъ 11.800. Въ мочѣ рѣзко уробилинъ. При операціи 13/iii оказалось, что желчный пузырь и duct. choledoch. растянуты. Удаленіе желчнаго пузыря, вскрытіе d. choledoch. и удаленіе изъ послѣдняго камня. Дренажъ d. hepatic. и choledoch. 21/iv 6-ая выписалась съ небольшимъ свищомъ.

Больная А. Ч., 35 л., поступила 16/v съ жалобой на боль въ правокъ боку. Въ наслѣдственности lues, tbc., новообразованія отсутствуютъ. 20 лѣтъ назадъ изрѣдка боли въ правомъ подреберьѣ съ иррадіаціей въ лопатку. 6 лѣтъ назадъ снова приступъ. Затѣмъ они повторялись раза два въ годъ за послѣднія 6 лѣтъ. Два раза послѣ приступовъ было паденіе зрѣнія. Внутр. орг. N. Печень выступаетъ на палецъ изъ-подъ реберъ. Въ области

желчного пузыря круглое тѣло болѣзненное при давленіи. 22/v операція, при которой найдено сращенія пузыря съ желудкомъ, при отдѣленіи пузыря послѣдній разорвался. Вытекла мутная жидкость. Удалено 133 камня разной величины. Кромѣ того удалены камни изъ duct. hepat. (2 камня), choledoch. и cystic. (по одному камню). Дренажъ d. hepatic. 12/vii б-ая выписалась съ зажившей раной.

Больная Е. Д., 36 л., поступила 23/vi 1909 года. 3 года назадъ запоры, боли въ правомъ боку въ области соесі. Такой же приступъ черезъ годъ (т<sup>о</sup> 38<sup>о</sup>). Вскорѣ послѣ перваго приступа appendicitis появились боли въ правомъ подреберьѣ съ иррадіаціей въ лопатку и рвота зеленью. На другой день появилась опухоль въ области желчнаго пузыря очень болѣзненная. Желтуха abs. Внутр. орг. N. Печень выступаетъ на два пальца изъ-подъ реберъ. Въ области желчного пузыря опухоль съ мандаринъ подвижная, плотная гладкая. Точка Mac Burney болѣзненна. Черезъ разрѣзъ Kehr'a обнаженъ желчный пузырь. По вскрытіи послѣдняго изъ него удаленъ камень въ голубиное яйцо. Протоки N. Зашивание пузыря и брюшной раны наглухо. Послѣ этого обычная appendicotomy.

Больной И. К., 40 л., поступилъ 28/v 1909 г. Въ январѣ 1908 г. внезапная рвота, лихорадочное состояніе, желтуха. Въ апрѣлѣ снова приступъ. Въ это время можно было прощупать увеличенный желчный пузырь. 19/vii операція въ Орлѣ. Удалено 2 камня. Желтуха и зудъ не исчезли. 21/i 1909 г. операція въ Н.-Екатерининской б-цѣ. Найдена увеличенной головка pancreatis (повидимому, воспалительнаго характера), сдавливающая d. choledoch. Сдѣлана choledochoduodenostomia. 13/iii выписался съ небольшой гранулирующей поверхностью. Желтуха и зудъ совсѣмъ не исчезли. По возвращеніи домой желтуха снова усилилась.

При операціи 8/vi оказалось, что соустіе желчного пузыря съ 12-перстной кишкой непроходимо. Образованіе новаго соустія. 25/vii б-ой выписался съ небольшимъ зудомъ. Испражненія окрашены N.

#### IVa Грыжи. 52 чел. — 28 м. и 24 ж.

Въ двухъ случаяхъ операціи не было; въ одномъ (пупочная) больной не пожелалъ операціи, въ другомъ (паховая) больной былъ выписанъ вслѣдствіе остраго гнойника на плечѣ. У остальныхъ было произведено 67 операцій: 43 у мужчинъ и 24 у женщинъ. Возрастъ колебался между 12 и 70 годами; главнымъ образомъ грыжи наблюдались въ среднемъ (между 20 и 40 годами) возрастѣ, при чемъ чаще у мужчинъ 71,5%, тогда какъ тотъ же возрастъ у женщинъ далъ 41,7%. Производство операцій происходило при выполненіи тѣхъ же общихъ принциповъ, коими руководствовались ранѣе и кои изложены въ предшествовавшихъ выпускахъ ежегодника; это, относилось къ примѣненію мѣстной или общей анестезіи (необходимо отмѣтить, что въ истекшемъ отчетномъ году мѣстное обезболиваніе примѣнялось чаще и число оперированныхъ съ мѣстной анестезіей грыжъ (31) превышаетъ число пользовавшихся общимъ наркозомъ (24), къ закрытію ранъ и общему уходу за больными въ послѣоперационномъ періодѣ.

#### Неущемленные грыжи.

##### I. Бедренныя грыжи.

Случай бедренной грыжи былъ одинъ.

Сидѣлка, 50 л., заболѣла послѣ перекладыванія на постель больного (рѣзкая боль въ правомъ паху, опухоль). 1-го апрѣля 1909 г. опухоль, величиной въ куриное яйцо,

при тяжеломъ подъемѣ вышла вновь и вправлена самой больной; 7/IV поступила въ клинику. Оп.: мѣстная анестезія. Разрѣзъ по паховой складкѣ 8 сант.; мѣшокъ по перевязкѣ кѣтгутомъ изсѣченъ; 2 шелковыхъ шва и 1 кѣтгутовый для соединенія пупартовой связки съ широкой фасціей бедра; кѣтгутъ на кожу. Коллодійная повязка. *Prima intentio*.

## II. Пупочныя грыжи. 9 женщ.

9 случаевъ пупочныхъ грыжъ наблюдались у много-рожавшихъ (отъ 3 до 13 родовъ) женщинъ, главнымъ образомъ (6 случаевъ) въ возрастѣ пожилomъ и преклонномъ (отъ 43 до 60 лѣтъ). Величина грыжъ колебалась отъ грецкого орѣха до головы ребенка; всѣ, за исключеніемъ двухъ, были вправимы. Содержимымъ грыжевого мѣшка былъ сальникъ, свободный или спаянный съ брюшиной, совмѣстно съ петлями тонкой или тонкой и поперечной кишокъ; въ одномъ случаѣ въ немъ наблюдались коллоидныя образованія; въ 4 случаяхъ сальникъ былъ резецированъ. Въ двухъ случаяхъ произведены подъ общимъ наркозомъ. При закрытіи ранъ употреблялся кѣтгутъ и шелкъ, въ 3 случаяхъ исключительно кѣтгутъ. Въ 3 случаяхъ были введены выпускники (въ 2-хъ дня на 3). Въ 6 случаяхъ раны зажили первымъ натяженіемъ; въ одномъ нагноеніе на 8-й день, гдѣ по удаленіи швовъ введенъ выпускникъ; въ другомъ швы частью отходили сами, частью (5-ть) удалены были по вскрытіи кожи.

Въ одномъ случаѣ, тур. под., П. А. К., 35 лѣтъ, страдала пупочной грыжей одновременно съ фибромой матки, при чемъ и радикальная операція грыжи была произведена одновременно съ ампутаціей матки; рана зажила *per primam intentionem*.

Въ одномъ случаѣ 2 недѣли спустя послѣ операціи больная перенесла воспаленіе легкаго, хотя была и мѣстная анестезія.

## III. Паховыя грыжи. 28 чел. — 21 м. и 7 ж.

Правостороннія грыжи были у 10 мужчинъ и 6 женщ., лѣвостороннія — у 11 м. и у 1 ж. Возникновеніе грыжъ въ 5 случаяхъ относится къ самому раннему дѣтству, въ двухъ имѣло характеръ травматическій (при подъемѣ большой тяжести и при паденіи съ трамвая), сопровождалось внезапно наступившей острою болью; въ остальныхъ постепенно при условіяхъ болѣе или менѣе тяжелой работы. Въ 2-хъ случаяхъ отмѣчается наслѣдственность со стороны матери. Возрастъ колебался у мужчинъ отъ 15 до 70 лѣтъ, у женщинъ отъ 14 до 45. Въ 3-хъ случаяхъ грыжъ (1 правая, 2 лѣвыхъ) наблюдалось расширение вѣнъ сѣменного канатика лѣвой стороны, которыя одновременно подверглись изсѣченію; въ одномъ случаѣ вмѣстѣ съ лѣвостороннею грыжей было прирожденное суженіе *ringe*, которое также одновременно было устранено. Общій наркозъ былъ примѣненъ въ 11 случаяхъ, въ остальныхъ мѣстное обезболиваніе. Для суженія пахового канала пользовались главнымъ образомъ способомъ Bassini — въ 16 случаяхъ, затѣмъ Боброва въ 6 случаяхъ; по способу Roux оперированы 4 случая. Одинъ разъ былъ примѣненъ способъ L. Championnière и у одной женщины способъ Gigard'a. Въ 2 случаяхъ грыжевой



мышекъ отсутствовали. Содержимымъ его чаще всего оказывался сальникъ или сальникъ съ тонкой кишкой. Сальникъ былъ резецированъ 1 разъ и 1 разъ круглая маточная связка. Смотри по величинѣ грыжевого мѣшка и степени сращеній, послѣдній или изсѣкался весь, или по разсѣченіи перевязывался или прошивался на высотѣ внутреннего отверстія пахового канала непрерывнымъ кѣтгутовымъ швомъ, при чемъ его периферическая часть оставалась неотдѣленной отъ сѣменнаго пучка; иногда изсѣкалась его средняя часть.

Для закрытія ранъ примѣнялся, такъ же какъ и ранѣ, шелкъ для соединенія мышечнаго края съ пупартовой связкой; для остальныхъ слоевъ кѣтгутъ; иногда при соединеніи апоневроза дѣлалась его дубликатура. Повязкой пользовались преимущественно коллодійной и бинтовой очень рѣдко и въ случаяхъ нагноенія.

Въ послѣоперационномъ періодѣ задержаніе мочи на 5 сутокъ наблюдалось въ 1 случаѣ и образованіе гематомъ въ 3, что вызвало необходимость снять нѣкоторые швы, а въ двухъ ввести выпускники.

Въ 6 случаяхъ наблюдалось нагноеніе въ кожныхъ швахъ, что потребовало ихъ удаленія, и въ 3-хъ изъ нихъ введенія небольшихъ выпускниковъ; въ 1 случаѣ было болѣе глубокое нагноеніе подъ апоневрозомъ, вызвавшее необходимость широкаго раскрытія раны, удаленія глубокихъ швовъ и введенія тампона. Остальные операционныя раны безъ всякихъ осложнений зажили первымъ натяженіемъ.

#### IV. Множественныя грыжи. 9 мужч.

Множественныя грыжи были въ 9 случаяхъ, всѣ—двухстороннія паховыя грыжи. Подъ общимъ наркозомъ изъ нихъ оперировано 6, остальные подъ мѣстнымъ, при чемъ способъ Bassini былъ примѣненъ для 11, Roux—для 6 и Боброва въ 1 случаѣ. Наслѣдственность имѣлась въ 2 случаяхъ: 1) у отца, 2) у отца и 2 братьевъ; у всѣхъ паховыя грыжи.

Грыжевой мѣшекъ отсутствовалъ въ одномъ случаѣ; въ остальныхъ по отношенію его руководствовались только-что изложенными въ предыдущемъ отдѣлѣ соображеніями.

Изъ осложнений послѣоперационнаго періода было: образованіе гематомы, заставившее раскрыть рану и ввести тампонъ; воспаленіе легкаго въ одномъ и появленіе 2 недѣли спустя послѣ операциі бронхонеймоніи въ другомъ; въ 1 случаѣ гнойный катарръ мочевого пузыря, 2 недѣли спустя послѣ операциі (gonorrhoea). Въ этихъ 2 послѣднихъ случаяхъ было негноеніе въ ранахъ, заставившее раскрыть ихъ и тампонировать. Остальные же 7 зажили первымъ натяженіемъ подъ коллодійными повязками.

#### V. Послѣоперационныя грыжи. 3 жен.

1. А. И. С., 28 лѣтъ, поступила въ клинику 10-го іюня 1909 г. по поводу возврата пупочной грыжи. Грыжа обнаружилась послѣ 2-хъ беременностей на 26 году; больная пользовалась бандажомъ, но годъ спустя подверглась операциі, которая прошла



безъ осложненій, и больная чувствовала себя хорошо. За 5 дней до поступленія въ клинику былъ приступъ острыхъ болей въ средней части живота, появившихся безъ видимыхъ причинъ и исчезнувшихъ тогда, когда она вновь надѣла бандажъ. St. pr.: въ области пупка неправильной формы рубецъ; ошупываніе обнаруживаетъ воронкообразное углубленіе; при вертикальномъ положеніи и дѣйствіи брюшного пресса чрезъ него выпячивается небольшая опухоль. Оп.: общій наркозъ; разрѣзъ ограничивающій рубецъ, длиной 8 с. Вправо отъ средней линіи подъ кожей находился мѣшокъ ( $3 \times 4$  с.), сообщавшійся съ брюшной полостью отверстіемъ  $1 - 1\frac{1}{2}$  с. діаметромъ. По удаленіи рубца и мѣшка, отпрепарованная брюшина закрыта непрерывнымъ швомъ. Апоневрозъ закрытъ 8 швами. Швы на кожу; всюду кѣтгутъ. Асептическая повязка. Къ 10 дню швы отошли; prima intentio; на 16 день больная сидѣла; на 20-й была здоровой.

2. Л. Е. Д., дух. зв., 50 лѣтъ, поступила въ клинику 9 октября 1908 года по поводу грыжи бѣлой линіи послѣ операціи. Въ 1899 году больная подверглась ампутаціи матки по случаю фибромы; чрезъ 2 мѣсяца въ нижнемъ отдѣлѣ рубца появилась опухоль, величиною съ грецкій орѣхъ, по поводу которой больную вновь оперировали въ 1904 году; но опухоль появилась чрезъ мѣсяць снова, постепенно увеличиваясь; иногда причиняла довольно острые боли, но ущемленія никогда не было. St. pr.: рубецъ отъ пупка до лона, въ нижней  $\frac{1}{3}$  выпячиваніе внутренностей величиной съ гусиное яйцо: увеличивающееся при вертикальномъ положеніи. Внутреннее отверстіе около 3 сант. діаметромъ. Очень истонченная кожа. Оп.: общій наркозъ; изсѣченіе рубца, а также мѣшка. Брюшина соединена непрерывнымъ кѣтгутовымъ швомъ; прямая мышца, апоневрозъ кожа узловымъ изъ кѣтгута. Асептическая повязка. Въ послѣоперационномъ періодѣ сильная рвота, во время одного изъ приступовъ которой ощущенія лоннувшихъ швовъ съ быстрымъ промоканіемъ кровью повязки. По снятіи швовъ, наложены 2 шелковыхъ и 12 кѣтгутовыхъ швовъ на мышцы и апоневрозъ, введенъ выпускникъ; избытокъ кожной раны закрытъ узловымъ кѣтгутовымъ швомъ. Асептическая повязка. На 7-й день выпускникъ уменьшенъ, къ 20-му дню послѣдній совѣсъ удаленъ; на 26-й день больная начала ходить, а на 33-й была совершенно здоровой.

3. Кр., А. Ф. О., 32 лѣтъ, поступила 1 марта 1909 года въ клинику по поводу возврата пупочной грыжи. На 21 году—роды; на 23-мъ—3-мѣсячный выкидышъ; въ послѣродовомъ періодѣ явленія гонорреи. 1) На 27 г. въ области пупка замѣтила небольшую опухоль, не беспокоившую ее; на 28 г. послѣ тяжелой пищи — тошнота, рвота, увеличеніе опухоли, которая стала плотнѣе, болѣзненнѣе. Въ слѣдующемъ году повторилось тоже. 2 года пользовалась бандажомъ, а на 29 году подверглась операціи но чрезъ 3—4 мѣсяца возвратъ, достигнувъ величины болѣе кулака взрослого чел. Годъ спустя рубецъ изязвился, но по отхожденіи лигатуры зарубцевался. St. pr.: легко вправляющаяся, тимпанирующая, безболѣзненная опухоль, справа отъ втянутого пупка, величиной съ куриное яйцо, увеличивающаяся при каждомъ напряженіи. Оп.: общій наркозъ. Поперечно-овальный разрѣзъ въ 10 ст., очерчивающій грыжу. По выдѣленіи грыжевого мѣшка и обнаженіи апоневроза наложенъ рядъ кѣтгутовыхъ швовъ сверху внизъ. Апоневрозъ нѣсколько вернуть, положенъ 2-й рядъ шелковыхъ швовъ (10). Шовъ изъ кѣтгута на кожу. Въ послѣоперационномъ періодѣ первые 3 дня боль въ животѣ, метеоризмъ, рѣзъ при мочеиспусканіи, устранявшіеся приемами опійной настойки; на 4 день начали отходить газы. Послѣ клизмы устанавливается хорошее самочувствіе. На 15-й день перевязка; швы отошли, рана зажила первымъ натяженіемъ. На 24 день была здоровой по отношенію грыжи, съ плотнымъ рубцомъ, но съ тѣми же явленіями мелко-гуммозного сифилида.

Ущемленные грыжи. 1 мужч., 4 женщ.

1. Кр., М. Е. Р., 62 лѣтъ; hernia incarcerata umbilicalis; поступила въ клинику 3 августа 1909 года. Въ раннемъ дѣтствѣ пупочная грыжа у больной существовала въ видѣ незаросшаго пупочнаго кольца; опухоль стала появляться съ 16 лѣтъ отъ тяжелой работы, постепенно увеличивалась въ объемъ и иногда по нѣскольку часовъ не вправлялась.

Сутки назадъ сильныя боли, отрыжка, прекращеніе отхожденія газовъ. St. pr.: въ области пупка опухоль овальной формы, 22 с.  $\times$  15 с. эластичная, очень болѣзненная при давленіи неравноѣрной плотности, мѣстами флюктуирующая и дающая то глухой, то тимпаническій звукъ. Оп.: общій наркозъ. Кожный разрѣзъ, очерчивающій пупокъ, 12 сант. длиною. Апоневрозъ, вмѣстѣ съ брюшиной, вскрытъ по бокамъ грыжевого мѣшка. Въ небольшомъ количествѣ кровянистая жидкость. Петли тонкой кишки вздуты съ обширными кровоподтеками. Выпавшая часть тонкихъ кишекъ, длиной около аршина, тѣсно спаяна съ сальникомъ и паріетальной брюшиной, а также и между отдѣльными частями. Омертвѣнія или прободенія кишки не обнаружено; послѣдняя вправлена; часть сальника резецирована. Брюшина и апоневрозъ соединены шелковымъ швомъ, остальные швы и лигатуры изъ кэтгута. Введены 2 салфетки. Асептическая повязка. Въ послѣоперационномъ періодѣ — постепенное паденіе пульса; тошнота; безпокойное состояніе. Сутки спустя послѣ поступленія при прогрессиравшемъ упадкѣ силъ больная скончалась.

Autopsia. Degeneratio adiposa cordis. Sclerosis art. coronar. cordis. Склеротическія бляшки въ полостяхъ сердца и аорты. Degen. adiposa hepatis. Nephritis parenchimatosa haemorrhagica. Peritonitis circumscripta. Adhaesiones peritonei. Hyperemia venosa intestini jejuni.

2. Мѣщ., Е. В. К., 59 лѣтъ; принята въ клинику 28 сентября 1908 года по поводу ущемленной пупочной грыжи. Страдаетъ грыжей давно. 3-хдневный запоръ; 12 ч. тому назадъ сильныя боли въ опухоли, рвота. St. pr.: въ области пупка болѣзненная, напряженная, дающая тимпаническій звукъ опухоль, величиной съ голову новорожденнаго; кожные покровы тонки, красны; нѣсколько лѣтъ опухоль совсѣмъ не вправляется. Оп.: общій наркозъ. Опухоль очерчена 2 полулунными разрѣзами; по вскрытіи брюшины оказалась толстая кишка, нѣсколько зеленоватаго цвѣта, но серозная ея блестяща. По расширеніи кольца кишка вправлена, введена салфетка; швы на брюшину, мышцы и кожу изъ кэтгута. Въ послѣоперационномъ періодѣ непрекращающіяся рвоты темными массами съ сильнымъ запахомъ, безпокойное состояніе, частый и слабый пульсъ, при прогрессиравшемъ паденіи котораго больная умерла чрезъ 3½ сутокъ по поступленіи.

Аутопсія. Вся восходящая толстая кишка зеленого цвѣта; явленія ущемленія по всему ея протяженію; сращенія мѣстами съ нисходящей. Почка увеличена, устья мелкими кистами. Печень увеличена; въ желчныхъ протокахъ и пузырь — желчные камни. Гипертрофія сердца. Склерозъ сосудовъ.

3. О. И. Л., вд. кол. сов., 59 лѣтъ, принята 6 февраля 1909 года въ клинику по поводу ущемленной лѣвой паховой грыжи. Имѣется наследственность: паховыя грыжи были у отца больной, у сестры, у двоюродной по отцу сестры (у сына больной — hernia inguinalis incipiens). Было 5 родовъ. Лѣтъ 25 тому назадъ послѣ бѣгання появилась маленькая, плотная, безболѣзненная опухоль. 10 лѣтъ тому назадъ увеличеніе опухоли, боли, нѣсколько дней провела въ постелѣ, послѣ чего стала пользоваться биндажемъ. Съ мѣсяцъ тому назадъ послѣ приступа болѣе опухоль утратила способность къ вправленію. St. pr.: животъ мягкій, малочувствительный; въ лѣвой паховой области опухоль, величиной въ кулакъ, плотная, болѣзненная; тупой звукъ при перкуссии. Тошнота позывы на рвоту, задержка газовъ. Оп.: Общій наркозъ. Разрѣзъ 7 с.; по разсѣченіи апоневроза, вскрытъ грыжевой мѣшекъ. Содержимое — петля тонкой кишки, сильно гиперемированная, блестящая, но безъ кровоподтековъ и фибринозныхъ отложеній, закрытая выпавшимъ сальникомъ. По разсѣченіи кольца и устраненіи спаекъ сальника съ грыжевымъ мѣшкомъ, кишка и сальникъ легко вправлены. Мышечный край вмѣстѣ съ апоневрозомъ подтянуть 4-мя шелковыми швами къ Пулартовой связкѣ; въ промежуткахъ кэтгутъ, равно, какъ и на кожу. Асептическая повязка. Послѣоперационный періодъ безъ осложнений; къ 15 дню полная prima intentio; къ 20 дню больная ходитъ; на 22-й выбыла здоровой.

4. Жена торг., Д. С. М., 31 года; поступила въ клинику по поводу ущемленной правосторонней паховой грыжи. 7 родовъ. Грыжа около 10 лѣтъ, всегда легко вправлявшаяся: 4 сутокъ не вправляется; сильныя боли, двукратная рвота. St. pr.:

въ правой паховой области сильно болѣзненная, дающая при перкуссии тимпанитъ опухоль, напряженная, невправляющаяся, величиной въ два кулака. Оп.: мѣстная анестезія. Разрѣзъ 15 сант.; утолщенный грыжевой мѣшекъ выдѣленъ изъ оболочекъ; въ немъ около 2 стол. ложекъ мутной жидкости, петля тонкой кишки вишнево-краснаго цвѣта съ небольшими фибринозными отложеніями на серозной поверхности. По расширеніи ущемляющаго кольца кишка была вправлена и къ ней заведена салфетка. Отверстіе въ брюшинѣ уменьшено 2-мя кѣтгутовыми швами. Паховой каналъ закрытъ по Боброву; шовъ, равно какъ и на кожу кѣтгутъ. Повязка. Въ послѣоперационномъ періодѣ — теченіе гладкое: на 7-й день уменьшенъ тампонъ, и на 18 день удаленъ совершенно; съ 20-го дня больная встаетъ, а на 23-й выбыла здоровой.

5. Архит., Г. П. Е., 34 лѣтъ; принятъ въ клинику 3 октября 1908 года по поводу ущемленной лѣвосторонней паховой грыжи. Мать и братъ страдаютъ паховыми грыжами. Появленіе грыжи 10 лѣтъ тому назадъ, она появлялась въ видѣ опухоли, спускающейся въ мошонку, вызывая неловкость, иногда боль; въ послѣдніе 2 года—чаще, съ болѣе сильными болями; но вправлялась всегда легко. 3 октября больной много ходилъ, попытки вправить спустившуюся грыжу были неудачны, боли усиливались. Ст. рг.: въ лѣвой паховой области напряженная, очень болѣзненная, при перкуссии дающая тимпаническій звукъ опухоль, спускающаяся въ мошонку, покрытая синевато-краснаго цвѣта кожей; опухоль не вправляется въ брюшную полость. Оп.: мѣстная анестезія. Разрѣзъ въ 9 сант. По разрѣченіи апоневроза вскрытъ грыжевой мѣшокъ; въ послѣднемъ грыжевая жидкость и сант. 20 тонкой кишки съ брыжжейкой, брюшина блестяща, много кровоподтековъ, въ 2 мѣстахъ разрывы, устраненные наложеніемъ шелковаго шва. По разрѣченіи кольца кишка вправлена; грыжевой мѣшокъ изсѣченъ. Паховой каналъ закрытъ по способу Bassini На мышцы и Пулартову связку 5 шелковыхъ швовъ, на апоневрозъ и кожу—кѣтгутъ. Коллодійная повязка. Послѣоперационное теченіе хорошее; къ 10 дню—prima intentio; на 22-й день больной выбылъ здоровымъ.

### Аппендицитъ.

Всего было 83 случ.: 52 у мужчинъ и 31 у женщинъ. По возрасту больные распредѣляются такъ: отъ 10—14 лѣтъ — 7, отъ 15—19 л. — 15 сл., отъ 20—29 л. — 44 сл., 30—39 л. — 14 сл., 40—50 л. — 2 сл. и 52 л. — 1 сл.

Операция была произведена у 73 больныхъ.

У 6 былъ распознанъ гнойный аппендицитъ: у 5 изъ нихъ операция заключалась во вскрытіи гнойниковъ; въ одномъ случаѣ сдѣлано было широкое чревосѣченіе, въ полости брюшины обнаруженъ свободный серозно-гнойный экссудатъ, appendix найденъ плотно впаяннымъ между тонкой кишкой и сальникомъ. Отростокъ не выдѣляли изъ сращеній, а въ полость брюшины введено было 9 марлевыхъ салфетокъ; на 9 день послѣ операціи больной умеръ и на вскрытіи найдено: appendicitis gangraenosa; гнойникъ въ печени; полная облитерация duct. Cystici; слизистое скопленіе въ желчномъ пузырьѣ.

Изъ больныхъ оперированныхъ въ холодномъ періодѣ заслуживаютъ быть особенно отмѣченными 3 случая:

1. Юноша 19 лѣтъ; при операціи найдено, что периферическій конецъ отростка, находившійся въ сращеніяхъ, перфорированъ; отростокъ удаленъ, но по удаленіи его культю не удалось обшить брюшиной, т. к. брюшина рвалась и на 4-й день послѣ операціи здѣсь образовался каловый свищъ, закрывшійся самопроизвольно черезъ 1 1/2 мѣсяца.

II. Гимназистка 16 л., до операции 8 приступовъ. Слепая кишка плотно припаяна къ задней брюшной стѣнкѣ и не выводится въ рану. Изъ центра рубца между подвздошной и слѣпой кишкой направляется внизъ тяжъ. При выдѣленіи его оказалось что онъ направляется, постепенно суживаясь, къ правому яичнику, гдѣ превращается въ узкій соединительно-тканый тяжъ. Здѣсь онъ отсѣченъ. При выдѣленіи же его конца у слѣпой кишки онъ оборвался. Этотъ конецъ расширенъ наподобіе фимбрій. При тщательномъ осмотрѣ слѣпой кишки найденъ и удаленъ короткій (3 сант.), отростокъ. Первый тяжъ былъ—фаллопиева труба, заросшая въ маточномъ концѣ, что въ дальнѣйшемъ и подтверждено микроскопическимъ изслѣдованіемъ. Тампонъ къ куполу слѣпой кишки.

III. Гимназистъ 13 лѣтъ. При операции найдено, что куполь слѣпой кишки очень плотно спаянъ съ тонкой кишкой и среди сращеній прощупывается тяжъ; сращения настолько плотны, что раздѣлить ихъ не удалось, и отростокъ остался не удаленнымъ.

Турунда къ мѣсту сращеній.

Нагноеніе держалось около 3 мѣсяцевъ.

Черезъ 6 мѣсяцевъ вторичная операция и appendix найденъ свободнымъ между слѣпой и тонкой кишкой. Удаленъ. *Prima intentio*.

У 10 больныхъ, поступившихъ въ остромъ періодѣ, операция не была произведена, т. к. приступы были не тяжелы и въ 9 случаяхъ при примѣненіи тепла они миновали благополучно, и инфильтраты, бывшіе въ большей части случаевъ, рассосались. Въ одномъ же случаѣ при клиническихъ явленіяхъ остраго аппендицита, черезъ брюшные покровы прощупать что-либо ненормальное не удалось но при комбинированномъ изслѣдованіи *per rectum* у дна мочевого пузыря прощупывался плотный инфильтратъ величиной въ апельсинъ. Горячія клизмы и тепло на животъ; черезъ 2 недѣли сразу появилось большое количество гноя въ мочѣ, а боли въ животѣ исчезли.

Гной въ мочѣ держался недѣли  $1\frac{1}{2}$ ; затѣмъ быстро исчезъ и при изслѣдованіи *per rectum* не найдено больше инфильтрата. Больной быстро поправился. Цистоскопія здѣсь не производилась, т. к. существуетъ сильное суженіе *urethrae*.

Число приступовъ предшествовавшихъ операции колеблется очень значительно: 12 больныхъ отмѣтили, что у нихъ припадки болѣзни существуютъ многіе годы, повторяясь чуть ли не каждый мѣсяцъ; нерѣдко боли въ области слѣпой кишки оставались и между припадками. У 9-ти больныхъ было больше 10 припадковъ, у 1—9 прип., у 3—8, у 3—6, у 4—5, у 3—4, у 15—3, у 13—2 и наконецъ у 20 больн. по 1 прип.

Въ 16 случаяхъ, ввиду обильныхъ сращеній, или по поводу остатковъ гнойниковъ около отростка, вставлялась марлевая турунда и зашивание раны было только частичное.

Длина удаленныхъ отростковъ отмѣчена въ 52 случаяхъ; самый длинный—14 сант. былъ въ случаѣ многолѣтней аппендикулярной „колики“, затѣмъ длина распредѣляется такъ: въ 1 случ. 12 сант., въ 3—10 ст., въ 6—9 ст. 10—8 ст., 9—7 ст., 9—6 ст., 5—5 ст., 6—4 ст., 2—3 ст.

Патолого-гистологическое изслѣдованіе произведено было въ 39

случаяхъ, при чемъ явленія острого и подъострого воспаленія отростка отмѣчено въ 11 случ., а хроническаго воспаленія въ 24.

Изслѣдованіе гноя: мазки и посѣвы на агаръ-агаръ и бульонъ были произведены во всѣхъ 6 случаяхъ гнойнаго аппендицита, при чемъ въ 2-хъ случаяхъ гной оказался стерилень. Въ 1 случаѣ—*Staphylococcus*, въ 2-хъ—кишечная палочка, а въ одномъ — смѣшан. инфекція изъ кокковъ и палочекъ — точно недифференцирована.

Послѣоперационное теченіе во всѣхъ случаяхъ кромѣ одного вышеупомянутаго (гнойный перитонит-гангрена отростка) проходило гладко и въ большинствѣ случаевъ безлихорадочно. Раны во всѣхъ почти случаяхъ заживали первымъ натяженіемъ и только въ 3-хъ случаяхъ черезъ гранулированіе. Въ случаяхъ же, гдѣ оставлялась турунда раны заживали болѣе или менѣе быстро гранулированіемъ и только въ одномъ случаѣ, гдѣ образовался каловый свищъ (см. выше), заживленіе шло медленно (1½ мѣс.). Какъ послѣоперационное осложненіе въ одномъ случаѣ нужно отмѣтить *phlebitis* венъ нижней правой конечности, появившійся черезъ 2 недѣли послѣ операціи и прошедшій черезъ 1½ нед. подъ вліяніемъ покойнаго и возвышеннаго положенія конечности и согрѣвающихъ компрессовъ.

Въ 23 случаяхъ операція была произведена съ мѣстнымъ обезболиваніемъ: *Sol. Schleich* и 1/2% *cocain* подъ кожу и смазываніе брюшины 3% *cocain*; въ 4 случаяхъ начата операція съ мѣстнымъ обезболив., но въ виду большихъ сращеній перешли на эфирный наркозъ; въ 9 случаяхъ чистый эфирный наркозъ; а во всѣхъ остальныхъ эфирно-хлороформный. Какъ осложненія послѣ наркоза наблюдалась *pneumonia* въ 4-хъ случаяхъ, появлявшаяся на 2—3 день послѣ операціи и проходившая черезъ 5—6 дней.

Техника производства операціи оставалась прежней (см. „Ежегодн.“ вып. I и II) съ тѣмъ лишь маленькимъ измѣненіемъ, что отростокъ не отрѣзался ножомъ, а отжигался термокаутеромъ.

**Болѣзни конечностей.** 59 случаевъ (38 мужч., 12 женщ. и 9 дѣт.; ум. 2).

Травматическихъ поврежденій—19, воспалительныхъ—30, новообразованій 7 и врожденныхъ недостатковъ—3.

I. Травматическія поврежденія наблюдали у 19 больныхъ (м. 11 ж. 3 и д. 5), изъ нихъ 10 приходятся на больныхъ съ нарушеніемъ цѣлости костей: 1 случай относится къ перелому пальцевъ лѣвой ручной кисти съ разможженіемъ мягкихъ тканей, 1—къ перелому праваго плеча, къ перелому праваго бедра и у нея же переломъ нижней челюсти и разрывъ сумочной связки лѣваго голеностопнаго сочлененія и 7—къ перелому костей голени. По роду переломовъ—5 закрытыхъ, изъ нихъ 2 оскольчатыхъ и 4 открытыхъ съ разможженіемъ тканей, 1 съ ложнымъ суставомъ послѣ перелома костей голени. Среднее число дней, проведенныхъ больными въ клиникѣ при

закрытыхъ переломахъ, равнялось 30,6 дня, при открытыхъ 77,5 дня. Причина перелома костей въ 8 случаяхъ паденіе, въ 1—ударъ по конечности и въ 1—попаданія въ переплетную машину.

Основы лѣченія какъ осложненныхъ, такъ и простыхъ переломовъ были тѣ же, что и въ предшествующіе годы (см. „Ежегодникъ“, выпускъ 1 и 2).

Наркозъ примѣняли въ 7 случаяхъ: въ 2-хъ для наложенія повязки съ вытяженіемъ въ случаяхъ перелома бедра и голени, и 5 разъ для производства кровавыхъ операцій. Операціи были произведены въ слѣдующихъ случаяхъ:

1. *Fractura complicata digitorum III и IV manus sinistrae*. Удаленіе ногтей. фалангъ.

2. *Fractura complicata cruris sin.* Н. К. 15 л. упалъ съ вагонной площадки и при паденіи получилъ открытый переломъ костей голени. На передней поверхности лѣвой голени между нижней и среднею третью находится разорванная рана, въ которой видны концы костей, изъ раны гнойное выдѣленіе, доставленъ въ клинику на 11 день.—Конечность укорочена на 7 сант.; отломки имѣютъ косое направленіе сверху внизъ и кнутри. Попытка привести въ соприкосновеніе отломки костей подъ общимъ наркозомъ не удалась, въ виду чего кости были спилены на 1,5—2 сант., послѣ чего ихъ удалось привести въ соприкосновеніе. Черезъ 2 мѣс. больной выбылъ съ укороченной, но вполне пригодной конечностью.

3. *Fractura cruris dext.* Больной Д. П. '34 л. съ несросшимся переломомъ голени. Концы костей были опилены; сверломъ продѣланы каналы въ верхній и нижній отломки. Въ эти каналы введенъ гвоздь изъ малоберцовой кости. Оба отломка установлены плотно. Гвоздь секвестрировался на 23 день. Выписанъ на 66 день послѣ операціи съ мягкой мозолью.

4. Привычный вывихъ лѣваго плеча былъ пользованъ оперативно. Случай описанъ въ статьѣ А. А. Иконникова.

Ушибъ конечностей—1.

Больныхъ съ различнаго рода раненіями было 6, изъ нихъ 2 съ огнестрѣльными раненіями предплечья и стопы, 2 больныхъ съ рѣзаными и ушиблено-рваными ранами головы и предплечья и 2 больныхъ съ колотыми ранами плеча и спины.

II. Воспалительныя заболѣванія—30 случ. (мужч. 19, жен. 9, дѣт. 2); ум. 1.

Больныхъ съ гнойниками было 15, изъ нихъ муж. 8, жен. 6 и дѣтей 1. Оперировано 13, 1 больной умеръ (отъ септической флегмоны). Во всѣхъ оперированныхъ случаяхъ выздоровленія. Въ 2-хъ случаяхъ къ флегмонѣ присоединилась *Erysipelas*. По мѣсту нахождения гнойниковъ приходится 8 на верхнюю конечность, 6 на нижнюю и 1 на ягодичную область. Отдѣляемое въ 4 случаяхъ показало присутствіе стрептококка, въ 2-хъ стафилококка, въ 7 изслѣдованіе гноя произведено не было.

Больныхъ съ болѣзнями суставовъ—4; въ 2 случаяхъ туберкулезное пораженіе и въ 2-хъ не туберкулезное воспаленіе (*Synovitis genu* и *sinovitis art. pedis*). Оба послѣднихъ случая лѣчились консервативно и окончились вполне благополучно. Изъ двухъ случаевъ туберкулезнаго пораженія одинъ приходится на фаланго-плюсневой суставъ

лѣвой конечности (больная 22-хъ л.); другой—на колѣнный суставъ (больной 36 лѣтъ). Въ первомъ случаѣ выздоровленіе послѣ резекціи. Во 2-мъ случаѣ, послѣ резекціи больной выбылъ съ небольшимъ ходомъ снутри, гдѣ была введена турунда. Больной всего пробылъ въ клиникѣ послѣ операціи 75 дней. Кости срались прочно, подвижности нѣтъ.

Больныхъ съ хронически протекавшимъ osteomyelit'омъ и necros'омъ костей было 4 (муж. 3, дѣт. 1.) Всѣмъ имъ была произведена операція вскрытія свищевыхъ ходовъ, выскабливанія грануляцій и въ 1-омъ случаѣ былъ удаленъ секвестръ. Изслѣдованіе полученнаго при операціи гноя показало въ 1-мъ случаѣ присутствіе Staphylococc. aur., а въ другомъ—streptococcus. Въ 2-хъ случаяхъ изслѣдованіе произведено не было.

1 случай сухой гангрены голени, была произведена ампутація голени подъ спинно-мозговой анестезіей. Операція совершенно безболѣзненна. Послѣ операціи чувствительность въ конечности возстановилась вполнѣ черезъ 1½ часа. Выбылъ здоровымъ. 1 случай язвы на подошвѣ невыясненнаго происхожденія. Язва была вырѣзана и дефектъ закрытъ лоскутомъ.

Больныхъ съ расширеніемъ венъ было 4 (муж. 3, женщ. 1).

Во всѣхъ случаяхъ подъ общимъ наркозомъ произведено изсѣченіе расширенныхъ участковъ венъ на конечностяхъ.

### III. Новообразованія—7 случ. (муж. 6, жен. 1).

Больныхъ съ доброкачественными опухолями было 2 и съ злокачественными 5; 1 отказался отъ операціи. Въ числѣ доброкачественныхъ опухолей въ одномъ была chondroma multiplex и въ другомъ—osteoma бедра. Всѣ 5 злокачественныхъ опухолей были саркомы (2 верхней и 3—нижней конечности).

Въ 2-хъ случаяхъ при операціяхъ примѣнялся общій наркозъ, въ 2-хъ примѣнена венная анестезія по Бирю:

1-ый случай. Больной В. Г., 41 года, діагнозъ: Sarcoma manus dext. recid. По введеніи въ вену раствора Novocaini  $\frac{1}{2}\%$ —50,0, черезъ 3 мин. полная анестезія. Операція 17 мин. промываніе соевымъ растворомъ. Чувствительность по снятіи эластическихъ бинтовъ возстановливалась медленно. Осложненій не было никакихъ.

2-ой случай. Б. С., 31 г.—Sarcoma pedis. 27 х и 26 х<sub>1</sub>, операція оба раза съ венной анестезіей по Бирю протекла такъ же гладко, какъ и въ 1-мъ случаѣ.

### IV. Врожденные и приобрѣтенные недостатки—3 сл. (муж. 1, дѣт. 2).

1. Genu valgum у мальчика 15 л. Сдѣлана osteotomia по Mac-Ewen. Результатъ хорошій. Выбылъ черезъ 50 дней.

2. Pes valgus у дѣвочки 9 л. съ 2-хлѣтняго возраста, послѣ дѣтскаго паралича больная опирается на тыльную поверхность стопы, на которой образовался мазоль. Стопа болтается вслѣдствіе паралича мышцъ голени, главн. образомъ, на наружной сторонѣ. 29 х. 1908 г. подъ общимъ наркозомъ операція. Разрѣзъ на голени 8 ст., позади cristae

tibiae. Круговой пилой выпиленъ изъ tibia кусокъ длиною въ 7 ст., толщиной въ 1 ст. Послѣ разрѣза на пяткѣ сверломъ сдѣланъ каналъ въ пяточной, надпяточной и большой берцовой кости, въ образованный каналъ вставленъ выпиленный кусокъ tibiae. Шовъ наглухо. Гипсовая повязка. Артродезъ удался вполнѣ.

3. Pes. equino-varus sin. Deformatio pedis sin. Мальчикъ 16 л.

Операция. 3 хі 1908 г. подъ общимъ наркозомъ, разрѣзъ 9 ст. отъ пяточного угла кверху по Ахилл. сухож. Сухожилие изолировано, наружная  $\frac{1}{4}$  его продольно разрѣзана, отдѣлена для пришиванія къ ттп. регонепит; оставшаяся часть сухож. удлинена лѣстнично. Клиновидная остеотомія костей стопы. Пробыль въ клиникѣ 6 мѣс. и результаты—неудовлетворительны.

Всего по поводу болѣзней конечностей оперировано было 43 больныхъ, которымъ было произведено 49 операций.

Наложение швовъ на раны.....	1
Сшиванія нерва и сухожилий.....	1
Удаление инородныхъ тѣлъ.....	2
Кровавое вправление вывиха.....	1
Вылушение пальцевъ.....	1
Резекція костей.....	9
Ампутація голени.....	1
Вскрытіе и выскабливаніе свищевыхъ ходовъ.	7
Изсѣченіе язвъ.....	1
Оперенія на венахъ.....	4
Вскрытіе флегмонъ.....	16
Удаление доброкач. опухолей.....	1
Удаление злокачеств. опухолей.....	4

Общій наркозъ примѣнялся въ 35 случаяхъ, мѣстная анестезія—въ 9, венная анестезія—въ 2 и въ 1 случаѣ спинно-мозговая; 2 случая оперировались безъ анестезіи.

Не подвергалось операции 16 человѣкъ, изъ которыхъ умерло 2.



## Андрологическая клиника.

Стационарных больных въ 1909 году въ андрологической клиникѣ находилось 128 человекъ.

Изъ нихъ съ врожденнымъ недостаткомъ уретры было 2, одинъ hypospadias, другой—epispadias penis.

Въ случаѣ epispadias у мальчика, въ 12 лѣтъ, подъ общимъ наркозомъ сдѣланъ былъ полулунный разрѣзъ тканей тотчасъ надъ лобкомъ выпуклостью вверхъ, до костей; всѣ соединенія, державшія penis въ вертикальномъ положеніи, отдѣлены отъ symphysis'a и нисходящихъ вѣтвей лобковой кости. Рана сшита продольно. Заживленіе прошло гладко и черезъ 20 дней, въ виду закрытія клинки, больной выписанъ съ совѣтомъ явиться осенью для дальнѣйшей операціи.

Въ случаѣ же hypospadias, у крестьянина 20 лѣтъ, при нѣсколько атрофическихъ половыхъ органахъ отсутствовала, отступя cm. на 2 отъ orif. ext. urethrae, нижняя стѣнка канала, а незначительно-укороченный penis былъ согнутъ и подтянутъ къ мошонкѣ. Въ виду сомнительности достигаемыхъ операціей положительныхъ результатовъ больной выписанъ безъ оперативнаго вмѣшательства.

Приобрѣтенныхъ уродствъ полового члена наблюдалось 2 случая.

Въ одномъ изъ нихъ, у крестьянина 22 лѣтъ, послѣ ulcus molle, помѣщавшагося на нижней поверхности partis pendulae penis, образовался дефектъ уретры и искривленіе самого члена. Первая попытка закрыть дефектъ была произведена въ земской больницѣ, но кончилась неудачей. Съ просьбой возстановить уретру легъ въ клинику. Здѣсь также неоднократно дѣлались попытки пластически (по Guyon-Pasteau) образовать уретру, кончившіяся, однако, благодаря рубцамъ, оставшимся послѣ операціи и эрекціямъ въ послѣ-операционномъ теченіи, неудачно.

Въ другомъ случаѣ, у мальчика 13 лѣтъ, выстрѣломъ дробью на разстояніи 3-хъ сажень былъ пораненъ членъ; въ результатъ раненія образовался дефектъ уретры и искривленіе penis'a; на промежности прощупывались 2 дробинки,—7 добинокъ были извлечены въ земской больницѣ, куда онъ впервые обратился. Подъ наркозомъ circumcisio praerupti et incisio orificii externi urethrae. Послѣ гладкаго заживленія больной выписался, отказавшись отъ дальнѣйшихъ мѣропріятій.

Присутствіе инороднаго тѣла въ уретрѣ было въ одномъ случаѣ.

Больной С., 42 лѣтъ, имѣлъ на 18 году перелой. 38 лѣтъ подвергался бужированію по поводу стриктуры. Въ этомъ году появились вновь симптомы суженія. Проѣзжая черезъ Москву и не обладая достаточнымъ временемъ для продолжительнаго лѣченія бужированіемъ, больной поддавался искушенію испытать рекламируемый „скорый и безболѣзненный методъ лѣченія“—электролизъ. Однако первый же сеансъ кончился неудачей—платиновый топорикъ и проводникъ, отломившись, остались въ уретрѣ; попытки извлечь

ихъ были безуспѣшны и больной вечеромъ былъ доставленъ въ клинику для операціи. При изслѣдованіи со стороны промежности въ бульбозной части, справа отъ средней линіи, прощупывается инородное тѣло; его ощущаетъ также и коническій, эластическій бужъ № 9, самый толстый, что удалось провести; мочеиспусканіе затруднено. Утромъ на слѣдующій день подъ *cocain'омъ*—*incisionis externa* и извлеченіе инороднаго тѣла; въ виду кровотеченія тампонація раны и поставленъ катетръ *à demeure*. Черезъ 13 дней катетръ удаленъ—свища нѣтъ; черезъ 2 дня перешли къ бужированію и черезъ 5 дней больной выпиcался съ расширеніемъ суженнаго мѣста до 48 номера.

Образованіе остроконечныхъ кондиломъ на головкѣ и крайней плоти наблюдалось въ 2-хъ случаяхъ.

Въ первомъ, у студента 22 лѣтъ, онѣ появились вслѣдствіе неопытнаго содержанія половыхъ органовъ. Подъ общимъ наркозомъ *circumcisio praecurati* и удаленіе вегетаций. Заживленіе гладкое,—на 10-й день больной выпиcался.

Во второмъ, у воспитанника коммерческаго училища 18 лѣтъ онѣ разрослись благодаря постоянному раздраженію перелойнымъ гноемъ препуциальнаго мѣшка. Удаленіе подъ эфиромъ; на 5-й день больной выпиcался съ совѣтомъ лѣчить перелой амбулаторно.

Что касается острыхъ ничѣмъ не осложненныхъ перелойныхъ уретритовъ, то таковыхъ наблюдалось 4, при чемъ въ двухъ случаяхъ былъ первый уретритъ, въ одномъ—второй, и въ одномъ—третій. Во всѣхъ случаяхъ при бактериоскопическомъ изслѣдованіи отдѣляемаго уретры были обнаружены гонококки *Neisser'a*. По возрасту больные распредѣлялись такъ: 22, 33, 39 и 41 года; по своему общественному положенію — 2 студента, 1 становой и 1 землевладѣлецъ. Въ трехъ случаяхъ течъ появилась на 3-й день и въ одномъ—на 4-й. Въ двухъ случаяхъ больные поступили въ клинику на 7-ой день заболѣванія. Всѣ получали *ol. santali* по 60—75 кап. въ сутки, а изъ мѣстныхъ средствъ — въ двухъ случаяхъ спринцеваніе *solut. protarg.*  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}\%$  и въ двухъ промываніе по *Janet'у*, при чемъ одному изъ нихъ кромѣ того дѣлались *instillationes* въ заднюю часть канала *sol. argenti nitrici* 1—2%. Во всѣхъ случаяхъ на 9—10 день отдѣляемое становилось слизистымъ, гонококки исчезали, а больные выпиcывались съ совѣтомъ дѣлать дома вяжущія спринцеванія.

Въ одномъ случаѣ наблюдалось совмѣстное существованіе фимоза (*post ulc. molle*) и подостраго перелойнаго уретрита, у офицанта, 28-ми лѣтъ. Подъ *cocain'омъ*—*circumcisio*. На 11 день повязка снята, *prima*. Уретритъ лѣчился *ol. santali* и спринцеваніемъ *solut. protargol'я*  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}\%$ . Выпиcался съ совѣтомъ дѣлать вяжущія спринцеванія.

Образованіе періуретральныхъ абсцессовъ наблюдалось въ 2-хъ случаяхъ, при чемъ оба больные страдали хроническимъ перелойнымъ уретритомъ и каждому изъ нихъ было по 28 лѣтъ.

Въ первомъ случаѣ абсцессъ образовался вслѣдъ за обостреніемъ перелоя послѣ значительнаго *abusus'a in Baccho*, приведшаго его даже въ психіатрическую лѣчебницу, откуда онъ и поступилъ къ намъ.

Въ другомъ—абсцессъ получился послѣ примѣненія расширителей, при чемъ помѣщался тотчасъ около головки подъ уздечкой, достигая величины грецкаго орѣха. Обоимъ абсцессы были вскрыты и дренированы, оба получали кромѣ того *ol. santali* по 60 кап. въ сутки, а изъ мѣстныхъ средствъ въ одномъ случаѣ примѣнялось промываніе по *Janet'у*, въ другомъ же спринцеваніе  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}\%$  растворомъ *Protargol'я*. Оба выпиcались съ зарубцевавшимися разрѣзами и наставленіемъ продолжать лѣченіе гонорреи на дому.

### Суженія мочеиспускательнаго канала.

Всѣхъ больныхъ было 19 человекъ, изъ нихъ лицъ рабочаго класса только 3, а остальные 16 занималось интеллигентнымъ трудомъ. По возрасту больные распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

отъ 20—30 лѣтъ . . . . .	3
„ 30—40 „ . . . . .	11
„ 40—50 „ . . . . .	4
свыше 50 „ . . . . .	1

Наименьшій возрастъ 24 г.; наибольшій—67 лѣтъ.

Въ 9-ти случаяхъ было суженіе въ одномъ мѣстѣ; въ 5-ти — въ 2-хъ мѣстахъ, въ 3-хъ—въ 3-хъ мѣстахъ и въ 2-хъ случаяхъ — множественныя суженія.

Въ одномъ случаѣ причиной суженія была травма.

Торговецъ, 33-хъ лѣтъ, алкоголикъ, въ пьяномъ видѣ упалъ съ трамвая и послѣ этого замѣтилъ кровотеченія изъ уретры. Въ 1-й день кровь шла безъ зависимости отъ мочеиспусканія, а на слѣдующіе дни она появлялась только при началѣ и концѣ мочеиспусканія, сопровождаясь болью въ эти моменты. Черезъ недѣлю боль и кровь исчезли, но съ этого времени струя мочи становится все тоньше и тоньше и, наконецъ, моча стала выдѣляться лишь по каплямъ. Въ задней части *partis bulbosae*—утолщеніе величиною съ бобъ; здѣсь черезъ каналъ удалось провести лишь проводникъ отъ уретротомы Мезонева, который и былъ оставленъ à demeure. Больному произведена уретротомія (внутренняя), а затѣмъ—методическое расширеніе канала до № 52.

Остальные случаи суженія являлись результатомъ перелоя, который у 3-хъ больныхъ былъ еще налицо, а у остальныхъ — въ анамнезѣ.

Суженія занимали *orig. ext.* въ 2-хъ случаяхъ, висячую часть канала въ 4-хъ, луковичную часть въ 6, мембранозную въ 3, мѣсто перехода бульбозной части въ мембранозную въ 5 и простатическую—въ одномъ. Сюда входитъ число всѣхъ суженій, хотя бы у одного и того же больного ихъ было нѣсколько.

Сильно выраженныхъ суженій, гдѣ или совсѣмъ не удавалось пройти черезъ суженное мѣсто ни однимъ инструментомъ, или проходили лишь инструменты самаго тонкаго калибра, до № 5 по скалѣ Шарьера, было 7; съ № 5 до 10—3; съ—№ 10 по 20—6 и съ № 20 до 22—3.

Изъ сопутствующихъ суженію канала страданій отмѣчались: хроническое воспаленіе придатка яичка въ 7-ми случаяхъ; хроническое воспаленіе предстательной железы—въ 2-хъ; атонія мочевого пузыря въ 2-хъ; явленія подьостраго перелоя—въ 3-хъ; въ одномъ опухоль мочевого пузыря и въ одномъ—*haematuria*. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ появленіе кровавой мочи зависѣло, какъ показала цистоскопія, отъ рѣзко выраженнаго расширенія венъ на увеличенной средней долѣ предстательной железы.

Въ случаѣ одновременнаго съ сильно выраженнымъ суженіемъ ка-

нала существованія опухоли мочевого пузыря, послѣдняя легко прощупывалась въ лѣвой половинѣ пузыря и при цистоскопії давала картину карциномы; въ виду большого ея распространенія отъ оперативнаго внимательства пришлось отказаться. Произведена была только внутренняя уретротомія съ послѣдовательнымъ расширеніемъ канала металлическими бужами до № 60.

Что касается до леченія стриктуръ, то оно велось также, какъ и въ прошлые годы (см. „Ежегодникъ больницы за 1907 г.“). Въ 3-хъ случаяхъ сильно выраженныхъ суженій была произведена внутренняя уретротомія, въ 4-хъ подобныхъ же случаяхъ — экстренное расширение канала бужами, въ 2-хъ — постепенное расширение бужами и катетрами à demeure; во всѣхъ остальныхъ случаяхъ велось обычное методическое расширение.

Время пребыванія больныхъ въ клиникѣ колебалось отъ 9 до 31 дня. Среднее число пребыванія—13 дней.

Одинъ больной пробылъ всего лишь 5 дней, но у него одновременно существовалъ и острый перелой, который онъ и пожелалъ лечить на ходу.

Изъ осложненийъ во время леченія отмѣчается: въ одномъ случаѣ обостреніе раньше бывшаго эпидидимита, въ одномъ — піелита и въ 3-хъ случаяхъ—уретральныя лихорадки, причемъ въ одномъ изъ этихъ случаевъ температура поднималась до 39° послѣ каждаго введенія бужей и падала, какъ обычно, черезъ день; несмотря на это расширение удалось довести до № 52.

Всѣ больные выписались или съ полнымъ прекращеніемъ беспокоившихъ ихъ припадковъ болѣзни, или съ значительнымъ ихъ облегченіемъ.

**Заболѣваній органовъ мошонки** наблюдалось 22, причемъ преобладающее количество—12, приходится на воспалительныя заболѣванія придатка и сѣменного канатика. Водянка влагалищной оболочки яичка—7 разъ. Воспаленіе яичка съ исходомъ въ нагноеніе, расширение венъ сѣменного канатика и новообразование въ задержанномъ яичкѣ по одному разу.

Изъ 12-ти случаевъ воспаленія придатка было 6 острыхъ и 6 хроническихъ, 4—двустороннихъ, 2—правостороннихъ и 6—лѣвостороннихъ. По возрасту больные распредѣлялись такъ: отъ 15 до 20 лѣтъ двое; отъ 20—30 лѣтъ—7 и отъ 30—34—трое. Изъ острыхъ случаевъ въ одномъ у мальчика 15-ти лѣтъ, отрицавшаго какъ травму, такъ и coitus, обнаружить какіе-либо патогенные микроорганизмы въ слизи канала не удалось, и этиологія заболѣванія осталась невыясненной, а въ остальныхъ пяти — въ выдѣленіи изъ канала были обнаружены гонококки Neisser'a. Въ одномъ случаѣ эпидидимитъ развился послѣ бужирования канала при леченіи хроническаго уретрита; остальные пять случаевъ развились какъ осложненіе остраго уретрита послѣ энергичныхъ спринцеваній, производившихся самими больными. О

леченіи см. отчетъ 1907 г. Изъ другихъ сопутствовавшихъ проявленій гонорреи въ одномъ случаѣ наблюдалось воспаленіе коленной сустава, а въ другомъ—подъострый простатитъ.

Что касается случаевъ хроническаго эпидидимита, то четыре изъ нихъ были туберкулезнаго происхожденія, а два — перелойнаго. Изъ первыхъ въ одномъ случаѣ былъ пораженъ придатокъ лѣваго яичка, а въ трехъ пораженіе обоюдостороннее; во всѣхъ четырехъ случаяхъ существовали фистулезные ходы; хотя бациллы Коха не было ни разу найдено, тѣмъ не менѣе реакція Ригкет во всѣхъ случаяхъ дала положительный результатъ. У трехъ больныхъ казеозно перерожденный придатокъ и вовлеченное въ процессъ яичко кастрированы, а въ одномъ случаѣ произведена частичная резекція придатка съ изсѣченіемъ свищевого хода.

Въ одномъ случаѣ перелойнаго двухсторонняго хроническаго эпидидимита больной 28-ми лѣтъ обратился въ клинику съ просьбой возстановить ему проходимость сѣменныхъ путей. Оба придатка утолщены, плотны, безболѣзненны. Сѣмя состоитъ изъ слизи и коллоидныхъ шаровъ. Сперматозоидовъ не обнаружено. Подъ общимъ наркозомъ былъ отсепарованъ выносной протокъ праваго яичка,—перерѣзанъ близъ придатка въ здоровомъ мѣстѣ и расщепленный периферическій конецъ его вшитъ во вскрытое яичко. *Prima intentio*. Однако, черезъ шесть мѣсяцевъ было получено отъ больного письмо, гдѣ онъ сообщаетъ, что, на основаніи произведеннаго анализа, сперматозоидовъ въ сѣмени попрежнему нѣтъ и слѣда.

*Orchido-epididymitis purulenta dextra* наблюдалась у одного больного 19-ти лѣтъ. Этиологія осталась неизвѣстна. Пришлось сдѣлать правостороннюю кастрацію. Выздоровленіе.

*Varicocele sinistra* было у студента 18-ти лѣтъ. Послѣ недѣльнаго ношенія суспензорія и холодныхъ обтираній гениталій боли исчезли и больной выписался безъ оперативнаго вмѣшательства съ совѣтомъ продолжать такое же леченіе дома.

*Neoplasmata testis dextri retenti* наблюдалось у крестьянина 37 лѣтъ. Какъ больной помнитъ себя, яичко всегда находилось въ правомъ паху и нерѣдко здѣсь подвергалось травмѣ, а за 1½ мѣсяца до поступленія въ клинику оно стало быстро расти. За время пребыванія въ клиникѣ появились метастазы въ почкахъ и въ спинномъ мозгу. Больной былъ взятъ родственниками на свое попеченіе.

*Hydrocele* было 7 случаевъ, пять съ лѣвой стороны, 2—съ правой. По возрасту больные распредѣлялись такъ: одинъ—17 лѣтъ, трое—отъ 21—28 лѣтъ, трое—отъ 51—60 лѣтъ. Что касается этиологіи страданія, то у двоихъ въ анамнезѣ было перелойное заболѣваніе придатка соотвѣтственной стороны, у двоихъ — травма, а у остальныхъ трехъ этиологическій моментъ образованія *hydrocele* установить не удалось. Всѣмъ больнымъ была произведена радикальная операція по Jaboulay-Winkelman'у, при чемъ въ четырехъ случаяхъ заживленіе прошло *per primam*, въ двухъ—*per secundam* вслѣдствіе нагноенія, а въ одномъ—*per secundam* вслѣдствіе кровотеченія, заставившаго удалить швы и тампонировать рану.

Одинъ изъ больныхъ, старецъ 61 г., явился съ лѣвосторонней водянкой влагалищныхъ оболочекъ яичка, при чемъ изъ анамнеза оказалось, что пять лѣтъ назадъ ему былъ произведенъ на правой сторонѣ по поводу *hydrocele* проколъ съ послѣдовательнымъ вырѣзываніемъ *tinct. jodi* и рецидива на мѣстѣ операціи не послѣдовало.

**Заболѣваній мочевого пузыря** наблюдалось 28 разъ.

*Cystitis tuberculosa* 4 случая

1) Типографскій наборщикъ, 17 лѣтъ, поступилъ въ клинику съ жалобой на болѣзненное и учащенное мочеиспусканіе; родственники больны tbc.; 4-хъ лѣтъ имѣлъ каменную болѣзнь; 7 лѣтъ воспаленіе почекъ, 12 лѣтъ появились учащенные позывы на мочу; за 3 недѣли до поступленія въ клинику у больного усилились бывшіе у него кашель и ночные поты. *St. praesens*. Легкія поражены tbc.; въ мокротѣ палочки Коха: tbc. праваго сѣменного пузыря, предстательной железы и мочевого пузыря; въ мочѣ бациллъ Коха не найдено. Лѣченіе: симптоматическое и впрыскиваніе 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> йодоформной эмульси. Улучшенія не было.

2) Чиновникъ 23 лѣтъ; въ дѣтствѣ былъ рахитикъ; 19 лѣтъ перенесъ перелой и *epididymitis ac.*; въ послѣдствіи образовался свищъ на мошонкѣ; два мѣсяца назадъ замѣтилъ въ мочѣ кровь и участились позывы на мочу. *St. praesens*: въ мочѣ слѣды бѣлка, палочки Коха; придатокъ праваго яичка уплотненъ; цистоскопія обнаружила гиперемію мочевого пузыря, расширеніе и гиперемію лѣваго мочеточника. Лѣченіе: симптоматическое и промываніе пузыря. Небольшое улучшеніе ко времени выписки изъ клиники; предложено больному климатическое лѣченіе.

3) Помѣщикъ, 32 лѣтъ. 28 лѣтъ появились разстройство мочеиспусканія и кровь въ мочѣ. *Status praesens*: палочки Коха въ мочѣ; цистоскопіей обнаружены язвы мочевого пузыря. Предложено больному климатическое лѣченіе.

4) Акцизный чиновникъ, 42 лѣтъ; 18 лѣтъ перенесъ перелой, 41 года появились, разстройство мочеиспусканія и кровь въ мочѣ. *St. praesens*: въ уретрѣ рядъ суженій; мочится до 20 разъ съ болью въ концѣ акта; моча содержитъ слѣды бѣлка, палочки Коха; цистоскопіей обнаружены язвы пузыря. Лѣченіе состояло въ расширеніи уретры до № 50; промываніе мочевого пузыря; небольшое улучшеніе ко времени выписки; боль. ному посоветовано климатическое лѣченіе.

*Cystitis e corpore alieno* — одинъ случай.

Послушникъ, 27 лѣтъ, поступилъ въ клинику съ жалобой на болѣзненное, учащенное мочеиспусканіе; съ 15 лѣтъ сталъ заниматься онанизмомъ; недѣлю назадъ ввелъ въ уретру кусочекъ восковой свѣчи, который и проскользнулъ въ мочевой пузырь; вскорѣ появились явленія воспаленія мочевого пузыря. *St. praesens*: *varicocele bilateralis*; моча содержитъ кровь и гной; мочится часто и съ болью въ концѣ акта; цистоскопіей обнаруженъ плавающий въ пузырь кусочекъ воска; гиперемія и набухлость слизистой. Произведена *sectio alta* и инородное тѣло удалено. *Zajivlenie per primam intentionem*.

*Cystitis*, развившійся послѣ катетеризаціи — одинъ случай.

Больной 30 лѣтъ отъ роду; перенесъ рядъ перелоевъ 17, 20, 23 лѣтъ; 23 лѣтъ появились геморроидальные узлы; была произведена операція удаленія шишекъ; такъ какъ больной послѣ операціи не могъ самъ мочиться производилась катетеризація, послѣ чего у больного появился гной изъ уретры, учащенное, болѣзненное мочеиспусканіе; больной поступилъ въ клинику; въ мочѣ найдены диплококки, красящіеся по Граму; послѣ промываній по *Janet* больной выписался здоровымъ.

Одинъ больной поступилъ въ клинику съ жалобой на кровавую мочу. Больной 33 лѣтъ; 21 года перенесъ перелой съ двустороннимъ воспаленіемъ придатковъ яичекъ; 32 лѣтъ послѣ *abusus in Baccho* появилось кровотеченіе горломъ; недѣлю назадъ послѣ половыхъ и другихъ излишествъ замѣтилъ кровь въ мочѣ. *Status praesens*: моча кровавая въ всѣхъ 3 порціяхъ; цистоскопіей обнаружено расширеніе венъ мочевого пузыря. Лѣченіе состояло въ назначеніи больному кровоостанавливающихъ средствъ; *Secale cornutum* и *ext. fluid. Bursae Pastoris*. Больной поправился.

**Каменная болѣзнь** была діагностирована у 18 человекъ; по возрасту больные распредѣлялись такъ: 8 лѣтъ — двое; 15 лѣтъ — одинъ;

25—33 л. — четверо; 40—50 лѣтъ — трое; 40—70 лѣтъ — восемь; младшіе по возрасту въ то же время были лица, находившіяся въ плохихъ условіяхъ жизни — крестьяне; старшіе по возрасту отъ 40 до 70 лѣтъ: купцы, помѣщики.

Камни были слѣдующаго состава: два оксалата, три урата, восемь фосфатовъ, пять уро-фосфатовъ.

Произведено 7 камнероженій, 7 *sectio alta*; двое больныхъ отказались отъ операціи; одному больному, священнику 70 лѣтъ, очень истощенному, съ пораженіемъ почекъ, одновременно имѣвшему и опухоль пузыря и камень, операцію не стали дѣлать въ виду общей слабости. Черезъ двѣ недѣли по выходѣ изъ клиники больной скончался.

Заслуживаетъ вниманія одинъ больной 67 лѣтъ, купецъ, поступившій въ клинику по поводу болей при мочеиспусканіи и частыхъ позывовъ. 30 лѣтъ перенесъ перелой; 47 л. замѣтилъ затрудненное мочеиспусканіе; лѣчился расширеніемъ уретры бужами. *Status praesens*: суженіе уретры въ двухъ мѣстахъ до № 16; *hydrocele dextra*, моча очень кислой реакціи; въ мочѣ обнаруженъ камень, давшій мурексидную пробу, величиной въ просяное зерно. Лѣченіе: постепенное расширеніе уретры металлическими бужами до № 26; произведенная цистоскопія показала увеличеніе предстательной железы, гиперемію слизистой и много мелкихъ камней. Въ пузырь введенъ эвакуаторъ и удалено 60 камней величиной отъ просяного зерна до горошины. Больной поправился.

Относительно операцій камнедробленій надо отмѣтить, что всѣ онѣ протекли благополучно, за исключеніемъ одного случая, когда бранши литотриптора съ набившимся въ нихъ вязкимъ пескомъ ущемились въ висячей части уретры, гдѣ было суженіе; пришлось сдѣлать внутреннюю уретротомію и тогда инструментъ удалось вывести; на мѣстѣ травмы затѣмъ образовался *abscessus periurethralis*; спустя нѣкоторое время этотъ больной выписался поправившись, какъ и другіе шесть.

Относительно *sectio alta* надо отмѣтить, что въ 4 случаяхъ пузырь былъ зашитъ наглухо; катетеръ не былъ поставленъ à demeure и здѣсь получилась *prima intentio*.

Въ одномъ случаѣ, гдѣ пузырь былъ зашитъ, но поставленъ катетеръ à demeure, образовался мочевої свищъ, который черезъ мѣсяцъ закрылся.

Въ двухъ случаяхъ пузырь не былъ зашитъ наглухо, здѣсь заживленіе было *per granulationem*.

Всѣ больные выписались поправившись.

Кромѣ вышеупомянутаго случая, гдѣ одновременно была опухоль и камень опухоли діагносцированы были еще три раза.

Бухгалтеръ по занятію, 45 лѣтъ; перелоя не было; инфекціонныхъ заболѣваній не имѣлъ. 10 мѣсяцевъ назадъ появился дурной запахъ въ мочѣ; 4 мѣсяца назадъ появилась кровь въ мочѣ, участились позывы, почему больной и обратился за совѣтомъ въ клинику. *Status praesens*: моча щелочной реакціи съ противнымъ запахомъ, съ большимъ осадкомъ изъ солей-фосфатовъ, лейкоцитовъ, крови; при изслѣдованіи *per rectum* предстательная железа нормальная; на днѣ пузыря, особенно въ правой сторонѣ, прощупы-

вается инфильтратъ. Цистоскопія обнаружила опухоль, сидящую на широкомъ основаніи, и занимающую дно и правую сторону мочевого пузыря. Подъ общимъ наркозомъ произведена операція: *sectio alta*, но пузырь не былъ вскрытъ, такъ какъ забрюшинныя железы сплошь поражены, уплотнены; одна железка была вырѣзана; микроскопическое изслѣдованіе показало—*sarcomat.* Рана зажила *per primam*. Больной взятъ родственниками и скончался черезъ 2 мѣсяца.

Отставной чиновникъ, 65 лѣтъ, поступилъ въ клинику по поводу кровотечения изъ мочевого пузыря. Перенесъ въ дѣтствѣ корь; 16 лѣтъ—перелой; 27 лѣтъ—*ulcus induratum*; до 42 лѣтъ сильно злоупотреблялъ алкоголемъ; 4 года назадъ сильное кровотечение изъ пузыря, учащеніе позывовъ на мочу, продолжавшееся 5 дней; 2 года назадъ опять кровь въ мочѣ въ обильномъ количествѣ; затѣмъ полтора года назадъ и наконецъ съ 10-го на 11-е января кровь въ мочѣ, къ этому присоединилось еще задержаніе мочи. *Status praesens*: Мужчина высокаго роста, правильнаго сложенія; эмфизема легкихъ; *myocarditis*; тупой звукъ надъ лобкомъ въ области мочевого пузыря; изъ уретры выходить при попыткахъ къ мочеиспусканію кровяные сгустки; катетеромъ выпущено 500,0 кровянистой съ сгустками мочи; предположено новообразование мочевого пузыря; послѣ соответствующаго лѣченія кровотечение и задержаніе мочи прекратились на третій день по поступленіи въ клинику; въ мочѣ найдено много клѣтокъ, отдѣльно и въ пластахъ съ крупными ядрами. На четвертый день у больного появились явленія упадка сердечной дѣятельности и на 6 день больной скончался при явленіяхъ паралича сердца. *Autopsia*: *Pneumonia chr. tbc.*; *catarrhus ventriculi ch.*; *Cirrhosis hepatis*; *nephritis ch. interstitialis*; *hypertrophia magna cordis*; *stenosis petrificata valvulorum aortae et mitralis*; *sclerosis arteriae coronariae cordis*; *dilatatio aneurysmatica aortae ascendentis*; *hiperplasia lienis*; *emphysema pulmonum*. *Polipus vesicae urinae*. Опухоль величиной съ вишню, сидѣла на передней стѣнкѣ мочевого пузыря и имѣла тонкую ножку, микроскопическаго изслѣдованія сдѣлано не было; но клиническимъ даннымъ ее надо признать *papilloma vesicae urinae*.

Торговецъ, 44 лѣтъ; въ дѣтствѣ перенесъ корь, 20 лѣтъ брюшной тифъ, 25 лѣтъ воспаление легкихъ; 28 лѣтъ женился; 8 лѣтъ внезапно появилась кровь въ мочѣ и также быстро остановилась; 2 года назадъ появилась опять кровь въ мочѣ, держалась съ недѣлю; 6 мѣсяцевъ спустя опять кровавая моча со сгустками; поступилъ въ клинику, цистоскопія обнаружила опухоль, сидѣвшую около лѣваго мочеточника, имѣвшую тонкую ножку; произведена *sectio alta*; заживленіе *per primam*; удаленная опухоль величиной въ грецкій орѣхъ; микроскопическое изслѣдованіе показало, что опухоль есть *papilloma vesicae urinae*; спустя полгода больной заѣхалъ въ клинику; произведенная цистоскопія показала, что въ пузырь никакихъ разрастаній нѣтъ. Черезъ полгода больной замѣтилъ кровь въ мочѣ; пріѣхалъ опять въ клинику; цистоскопомъ обнаружено, что на мѣстѣ, гдѣ произведено было сѣченіе пузыря, сидитъ опухоль на тонкой ножкѣ. Произведена *sectio alta*, опухоль удалена, при изслѣдованіи оказалось *papilloma*; въ послѣ-операционномъ теченіи надо отмѣтить образованіе свища, вялое его заживленіе *per granulationem*. Итакъ въ данномъ случаѣ мы имѣли дѣло съ рецидивомъ папилломы.

**Мочевые свищи.** Всѣхъ случаевъ—3; 2 сл. *fistul. urethro-penalis* и 1 сл. *fistulae urethro-perinealis et scrotalis*. Возрастъ больныхъ 27 л., 42 л. и 55 л. У всѣхъ въ анамнезѣ были перелой и послѣдующее суженіе канала, на почвѣ котораго и развились сначала периуретральный абсцессъ, а затѣмъ—свищи. У одного изъ больныхъ уретритъ былъ налицо. Время пребыванія въ клиникѣ: 12 дней, 37 и 44 дня. Въ двухъ случаяхъ получилось прочное излеченіе; въ третьемъ—закрѣпить свищевой ходъ сразу не удалось, а отъ повторной операціи больной отказался.



**Infiltratio urinosa.** Наблюдался одинъ случай, рѣдкій по своей этиологіи.

Больной Т. К., 35 л., чернорабочій, поступилъ въ клинику съ явленіями кровото- ченія изъ члена, опухоли половыхъ органовъ. Изъ анамнеза выяснилось, что у больного, до этого человѣка совершенно здороваго, 4 дня тому назадъ вслѣдъ за бурнымъ со- купленіемъ появилось кровотечение изъ канала, не прекращавшееся до поступленія въ клинику. Больной сильно возбужденъ, часто вскакиваетъ, на вопросы отвѣчаетъ вяло, бредитъ. № 38, П—140. Половой членъ опухъ, отеченъ, кожные покровы его воспалены. У корня члена кровяная опухоль, которая распространяется на мошонку, промежность ягодицы бедра. Prostata нормальна. Моча щелочная кровавая.

При разрѣзѣ, подъ общимъ наркозомъ инфильтрата всѣ ткани, не исключая уретры, оказались гангренизированными. Гноя мало. Провести катетеръ въ пузырь не удалось.

Черезъ сутки больной скончался при явленіяхъ септицеміи. На аутопсіи оказалось слѣдующее: *Perforatio urethrae in parte membranacea; ruptura parietis inferioris verasimiliter strictura in eodem loco. Gangraena perinei, scroti et penis (partialis). Paraproctitis et paracystitis gangraenosae. Oedema septici cavi Retzii. Via falsa in partem membranaceam et prostaticam (по переуретральной кѣтчаткѣ). (Ablatio mucosae et submucosae). Urethritis et cystitis dysphtherica-haemorrhagica. Hypertrophia vesicae urinariae. Degeneratio parenchymatosa renum. Hyperplasia pulpaе lienis septica. Degeneratio parenchymatosa myocardii et hepatis. Oedema pulmonum et hyperaemia venosa pulmonum. Emphysema pulmonum.*

### Заболѣванія предстательной железы.

Воспаленіе железы наблюдалось въ 11 случаяхъ, изъ кото- рыхъ въ 9 оно было острое, гонорройнаго происхожденія, въ 2-хъ — хроническое. Изъ числа первыхъ тремъ больнымъ сдѣлано было *prostatotomia perinealis*, у остальныхъ абсцессъ самопроизвольно опорожнился въ уретру. Выздоровленіе у тѣхъ и другихъ проходило вполне удовлетворительно.

*Hypertrophia prostatae* была у 4-хъ больныхъ въ возрастѣ 62—75 лѣтъ, представлявшихъ уже ясно выраженные, притомъ мно- голѣтніе симптомы простатизма.

У больного Б — на 72 л. болѣзнь осложнилась значительной стриктурой уретры.

При соотвѣтствующемъ лѣченіи двое больныхъ оставили клинику въ удовлетворительномъ состояніи здоровья.

Самому младшему больному Д—ву сдѣлана была (16/II 906) *prostatectomia totalis transvesicalis*. Изъ ложа железы было порядочное кровотеченіе, остано- вленное тампономъ. 5/III повязка на животъ была суха, рана зажила. Вместимость пу- зыря была 250—300 к. с.; моча хорошая. 27/III выписался изъ клиники здоровымъ.

У четвертаго больного 63 л. М—го гипертрофія железы ослабилась гнойнымъ сея воспаленіемъ, гнойнымъ хроническимъ піелонефритомъ и, кромѣ того, рѣзкими недочетами со стороны органовъ кровообращенія. 10/I 909 г. М — скій скончался. Аутопсія *Hypertrophia prostatae, Prostatitis apostematosa. Trombophlebitis venae saph. magnae sin. Cystopyelo-nephritis purulenta scendens. Arteriosclerosis. Myocarditis.*

*Neoplasma prostatae et ves. urin.* встрѣчена была у одного 26 л. рабочаго Б—ва. Въ анамнезѣ — корь, дизентерія, *ulcus molle*, воспаленіе легкихъ. Лues и перелоя не было. Жена въ 18 л., есть дѣти.

Причиною своей болѣзни считаетъ простуду въ маѣ 1908 г. (долго сидѣлъ на холодной, мокрой землѣ). Тогда заложило мочу и она выходила только каплями и съ болью. Лежалъ въ земской лѣчебницѣ съ мѣсяцъ, выздоравлилъ, но спустя 3 мѣсяца закладываніе мочи возобновилось. Для выведенія мочи больной принужденъ былъ давить себѣ на животъ руками, иначе моча не показывалась. При поступленіи въ клинику (5/XI 908), послѣ такого выжиманія въ пузырь все-таки оставалось мочи 500 — 600 к. с., уд. в. 1,007; моча мутна, въ осадкѣ ея много лейкоцитовъ и мелкихъ, круглыхъ и полигональных, съ крупнымъ ядромъ, а также веретенообразныхъ и хвостатыхъ клѣтокъ. Попадаются зернистые и гиалиновые цилиндры. Внутренніе органы здоровы. Вены нижней половины живота и нижнихъ конечностей растянуты переполняющей ихъ кровью. *Prostata* сильно увеличена, плотна, не бугриста, мало болѣзненна; она сливается съ задней стѣнкой пузыря въ одну общую, большую опухоль. При ощупываніи черезъ брюшные покровы опухоль, оказывается, лежитъ въ лѣвой половинѣ живота и верхнимъ концомъ заходитъ на 2 пальца выше пупка. И здѣсь опухоль плотна, почти неподвижна, мало болѣзненна. Троекратная цистоскопія показывала только обширную, бугроватую, не кровоточивую, покрытую блѣдной слизис. об. опухоль всей задне-нижней половины пузыря. Характеръ новообразованія остался невыясненнымъ, такъ какъ отъ операціи больной отказался и выписался изъ клиники.

*Calculus prostato-vesicalis* найденъ былъ у одного 33 л. больного К—ва, у котораго еще на 10-мъ году жизни былъ распознанъ врачомъ пузырьный камень, но на предложенную операцію тогда родители мальчика не согласились. Принадки каменной болѣзни, впрочемъ, скоро прекратились надолго. Только съ апрѣля 1905 года больной опять началъ мочиться разъ по 15 въ сутки, съ болями въ концѣ акта; моча стала мутною, зловонною, съ примѣсью крови, щелочной реакціи. Въ такомъ положеніи онъ былъ принятъ въ клинику. Провести металлическій щупъ черезъ уретру было невозможно, такъ какъ инструментъ наталкивался на лежащій въ простатической уретрѣ камень. *Prostata* велика, тверда, болѣзненна.

29/XI 908 г. операція. Обычный полулунный, преректальный разрѣзь. По вскрытіи железы обнаружился камень, но попытки извлечь его долго не удавались, пока онъ не разломился; тогда нижняя его часть удалена была по частямъ.

Другая его половина лежала въ шейкѣ пузыря и, вѣроятно, отчасти въ самомъ пузырьѣ, откуда была съ трудомъ удалена только послѣ растягиванія шейки. Въ общемъ камень имѣлъ форму песочныхъ часовъ; наиболѣе объемистая его половина помещалась въ простатической уретрѣ и въ простатѣ. 19/II 909 г. больной оставилъ клинику здоровымъ.

*Calculus urethro-prostaticus* найденъ былъ у 43 л. больного К—ра, заразившагося еще на 18 г. жизни перелоемъ; потомъ у него образовалось суженіе уретры, мочевые затеки на промежности, гдѣ и получились два мочевыхъ свища. Уретра была расширена и свищи зажили. На 28-мъ году полученъ былъ новый перелой и еще черезъ мѣсяцъ вновь открылись давно зажившіе было свищи. Черезъ 11½ года они, впрочемъ, зажили. На 34-мъ году новый перелой и вновь открывшіеся свищи съ тѣхъ поръ не закрывались до сего времени. Мочеиспусканіе, а также coitus и особ. ejaculatio seminis очень болѣзненны. Изъ свищей по временамъ выходитъ много гноя. Часто лихорадитъ. Моча почти вся выходитъ черезъ свищи. Уретра пропускаетъ только эластическій бужъ № 4, который получаетъ ощущеніе паранья въ глубокихъ частяхъ канала. *Prostata* увеличена, бугриста, очень плотна, болѣзненна. При изслѣдованіи ея палецъ получаетъ ясное ощущеніе крешитанія.

9/X операція; преректальный разрѣзь. Около *bulbus* въ средѣ инфильтрированныхъ воспаленныхъ тканей найдена гнойная полость и въ ней камень въ кедровый орѣшекъ величиной. Дальше въ *prostat*ъ найдено еще восемь фасеточныхъ камней, величиной отъ кедроваго до грецкаго орѣха.

26/XI былъ удаленъ катетеръ и моча главнымъ образомъ стала выходить черезъ уретру. Въ началѣ декабря появились боли при концѣ мочеиспусканія. Больной не по-

желалъ подвергнуться изслѣдованію и вышелъ изъ клиники. Черезъ свищъ при мочеиспусканіи выходило только нѣсколько капель мочи.

*Synovitis gonorrhoeica* наблюдалось въ 2 сл. У больного Д—ва, 32 л., еще на 21 г. въ разгаръ перелоя заболѣло лѣвое колѣно и проболѣло цѣлый годъ. 14/III 908 г. получилъ новый перелой, а 14/IX вповѣ заболѣлъ и вздулось лѣвое колѣно. 2/X проколъ сустава троакаромъ; выпущено 100 к. с. мутной серозной жидкости, въ которой посѣвами гонококки не были найдены, тогда какъ въ уретральномъ отдѣляемомъ ихъ было очень много. 25/X выписанъ изъ клиники съ значительнымъ облегченіемъ болѣзни. симптомовъ; ходить сталъ свободно.

У второго больного З—на 38 л. перелой раньше былъ уже два раза, но проходилъ безъ т. наз. осложненийъ. Въ августѣ 1908 года новый перелой, опухъ черезъ недѣлю и сильно болѣлъ правый голеностопный суставъ, потомъ правое колѣно, лѣвое плечо, суставы большого пальца правой руки. Въ колѣнѣ значительный выпотъ. 15/XI ходилъ уже свободно, хотя въ колѣнѣ ощущалъ еще небольшую болѣзненность. 19/XI выписанъ изъ клиники здоровымъ. Лѣчили оба случая внутренними приемами *Ol. Santali* *Ostind.* и мыльноскипидарными ваннами *Balzer'a*.

### Болѣзни почекъ.

*Tbc. renis sin.* Больной О., 30 лѣтъ. 18 лѣтъ тифъ и воспаленіе легкаго. 13 іюля 908 г. появились боли въ лѣвой поясничной области, отдававшія въ яичко, и учащенные позывы на мочу. Кровь въ мочѣ находилась лишь микроскопически. Камушковъ и песка не было. Боли появлялись приступами и сопровождалась рвотой и повышенною т°. Лѣвая почка прощупывается, болѣзненна. Мочится 11 разъ въ сутки съ рѣзью. Моча кислая, 1,014, мутная, содержитъ бѣлокъ  $\frac{1}{2000}$ , жироперерожденные лейкоциты, эритроциты. Цистоскопія очень болѣзненна; изъ лѣваго мочеточника — мутная жидкость. Рентгеновскій снимокъ далъ незначительное затемненіе въ лѣвой почкѣ. 23/II операція; вывести почку въ рану не удалось въ виду короткости ножки. Почка разсѣчена по заднему краю. Камня не найдено. Дренажъ. Сильное кровотеченіе. Въ послѣоперационномъ періодѣ рана долго не закрывалась. Грануляціи вялыя, крайніе болѣзненны. Моча въ обильномъ количествѣ шла въ свищъ. 22 іюля произведена *nephrectomy*. Почка содержала каверны. Рана стала быстро гранулировать и 10 сентября больной въ очень хорошемъ состояніи съ незначительной грануляціонной поверхностью выписался.

*Tbc. renis et ves. urin.* Т. 34 л. 13 лѣтъ воспаленіе легкихъ. *Coitus* 14 л. Последнее время кашляетъ. Въ 906 г. кровь въ мочѣ, которая прекратилась черезъ 3 мѣсяца; въ 908 г. кровь появилась снова и не прекращалась до поступленія въ клинику (въ продолженіе 2 мѣсяцевъ). Мочится 18 разъ въ сутки съ болью и рѣзью. При цистоскопіи обнаружены язвы въ пузырьѣ, кровь изъ праваго мочеточника; лѣвый мочеточникъ обнаружить не удалось. Дивизеръ далъ кровяную мочу съ обѣихъ сторонъ. Моча рѣзкой кислой реакціи, содержитъ большое количество свѣжей крови. Назначено климатическое лѣченіе.

*Haematuria renalis, tbc. renis et pulmonis.* А. Я. 31 г. Отецъ больного умеръ 40 л. отъ прогрессивнаго паралича. Въ анамнезѣ брюшной тифъ въ дѣтствѣ, 16 л. лѣвосторонній плевритъ, 21 г. туберкулезъ лѣвой верхушки, въ мокротѣ *tbc.* палочки; малярія. За 4 дня до поступленія въ клинику, послѣ поднятія тяжести, появилось кровотеченіе изъ уретры. При изслѣдованіи раздѣлителемъ въ порціи мочи изъ правой почки найдены въ большомъ количествѣ лейкоциты, кр. кр. шарики, тамъ же почечные элементы; уд. в. мочи изъ правой — 1,037, изъ лѣвой 1,007. Реакціи на бѣлокъ, кровь и уробилинъ положительныя. Правая почка прощупывается. При цистоскопіи слизистая пузыря найдена нормальной, правый *urether* расширеннымъ, зияющимъ. Въ крови — кр. кр. шар. 4.600.000, бѣлыхъ 6000. На 4-й день по поступленіи кровотеченіе у больного остановилось. Больной безъ операціи выписался по собств. желанію.

*Haematuria* (ex rene). Иванъ Др., 42 л. У нѣкоторыхъ членовъ въ роду — алкоголизмъ, tbc, cancer. Въ анамнезѣ нашего больного алкоголизмъ. Кровь въ мочѣ за 8 мѣс. до поступления появилась безъ всякихъ видимыхъ поводовъ; учащенныхъ позывовъ, боли при этомъ не было. Съ тѣхъ поръ кровь въ мочѣ появляется периодически 1—2 раза въ мѣс. на 1—2 дня. Последніе два мѣс. кровавая моча стала выдѣляться чаще, особенно послѣ физической работы; за 4 мѣс. до поступления больной кромѣ того отмѣчаетъ боль въ правой сторонѣ крестца, которая отдавала въ колѣно, а также постепенно увеличивающуюся припухлость на крестцѣ. Моча кровавая, уд. в. 1018 бѣлка  $\frac{1}{2}\%$ , осадокъ изъ эритроцитовъ, большей частью измененныхъ. Цистоскопія показала увеличеніе предстательн. железы, изъ-за последней отверстія мочеточниковъ не видны, слизистая пузыря N. Почки не прощупывались, болѣзненности не было.

Въ области крестца справа соотвѣтственно *synchondrosis sacro-iliaca dext.* нерѣзко-ограниченная припухлость величиной въ большое яйцо, упругой консистенціи; кожа съ ней не спаяна. Больной выписался по собственному желанію. Черезъ годъ больной показался снова — опухоль проросла крестецъ и изъязвилась. Биопсія показала *hypernephrom'y*.

*Nephrolithiasis sin.* Семенъ Р., 18 лѣтъ. Въ анамнезѣ съ 12 лѣтъ малохарактерныя боли въ лѣвомъ боку. Моча мутная, кислой реакц. уд. в. 1018, бѣлка 0,95%, въ осадкѣ оксалаты, ураты, эритроциты (5—6 въ полѣ зрѣнія), эпителий почечн. лоханокъ. Рентгеновскій снимокъ съ лѣвой почки обнаружилъ присутствіе камня. Произведена типичная *nephrotomia*. Удаленъ камень, почка зашита, выпускникъ до почки. Камень уратъ въ центрѣ, оксалатъ по периферіи. Выписался здоровымъ.

*Nephrolithiasis dex.* Василій Б., 18 лѣтъ. Почечныя колики съ 7-лѣт. возраста, постепенно усиливающіяся. Область правой почки съ значительно повышенной чувствительностью. Больной мочится въ сутки разъ 8. Моченепусканіе безболѣзненно. Моча кисл. реакціи, уд. в. 1025, въ осадкѣ эритроциты (*schatten*), лейкоциты, мочекислые соли. Рентгеновскій снимокъ съ правой почки показалъ присутствіе камня.

Типичная *nephrotomia*. Извлеченъ камень — въ центрѣ уратъ, по периферіи оксалатъ. Почка зашита, выпускникъ въ рану. Выписался съ зажившей раной черезъ 4 недѣли.

*Puonephrosis sin. calculosa.* Василій Б., 31 г. Съ дѣтства боль въ лѣвомъ боку послѣ ушиба его бороной. 18 лѣтъ, *urethritis*, съ этого времени усиленіе болей. На 23 году замѣтилъ осадокъ въ мочѣ. Последнее время худѣетъ, моча то свѣтлѣла, то опять мутнѣла. Последніе два мѣсяца идетъ только мутная, гнойная моча. Въ области лѣвой почки имѣется опухоль, которая по перкусіи спереди не доходитъ до средней линіи живота пальца на 4, отъ ребернаго края спускается внизъ пальца на 3. Исслѣдованіе опухоли нѣсколько чувствительно. Раздѣлитель пузыря указалъ на нормальную мочу изъ правой почки; моча изъ лѣв. почки состоитъ изъ сплошного гноя, 1010 уд. в. кисл. реакціи, подъ микроскопомъ лейкоциты, эритроциты, эпителия нѣтъ, точка замерзанія 0,75 (на прав. стор. (1,78). Произведена *nephrectomia*. Нормальное послѣоперационное теченіе. Выписывается здоровымъ съ зажившей раной.

*Puonephrosis calculosa dex.* Больной С., 57 лѣтъ. 55 л. замѣтилъ мутную мочу, никогда никакихъ болей не ощущалъ. Осадокъ въ мочѣ увеличивается и особенно это замѣтно послѣ ходьбы. Правая почка въ видѣ опухоли упругой консистенціи съ голову новорожденного. Мочится 12 разъ въ сутки, безъ боли. Осадокъ на днѣ кружки толщиной въ 2—3 пальца. Раздѣленіе пузыря — правая почка дала почти одинъ гной въ гной золотистые стафилококки, лѣвая почка даетъ прозрачную нормальную мочу.

*Nephrotomia*, такъ какъ найдено достаточное количество здоровой паренхимы. удаленъ камень, въ центрѣ его уратъ, периферія — фосфорнокислая магнезія и углекислый кальцій. Послѣоперационный періодъ осложнился *pneumoni'eй*, быстро прошедшей. Выписывается черезъ 3 $\frac{1}{2}$  мѣс. здоровымъ съ зажившей раной.

*Fistula post nephrotomiam.* Дмитрій С., 48 лѣтъ. Въ 1907 г. больному произведена *nephrotomia*. Свинецъ не заживалъ несмотря на то, что операція была повторена три раза; при послѣдней былъ удаленъ изъ почки еще камень. Имѣются сзади

два рубца, а на мѣстѣ пересѣченія ихъ втянутый свищевой ходъ. Раздѣленіе пузыря; правая почка: моча свѣтлая, кисл. реакц. уд. в. 1014, кріоскопія — 1,05; лѣвая: мутная моча, кисл. реакціи, уд. в. 1010, кріоскопія — 0,75. При впрыскиваніи индиго-кармина появленіе окрашенной мочи изъ правой — черезъ 5 мин., изъ лѣвой — черезъ 8 минутъ. Въ осадкѣ изъ правой почки свѣжіе эритроциты, клѣтки пузыря, почечныхъ элементовъ нѣтъ. Изъ лѣвой — свѣжіе и выщелоченные эритроциты, жирно перерожденные лейкоциты, клѣтки пузыря. На бѣлокъ въ виду примѣси крови изслѣдованіе не производилось. Кровь: Нб. 88<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, эритроцитовъ 5,250,000, бѣл. 7,000 (1:750) эозинофиловъ 3<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, лимфоцитовъ 32<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, полинуклеаровъ 25<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, мононукл. 48<sup>0</sup>/<sub>100</sub>. Операция: кожный поясничный разрѣзъ по 12 ребру съ резекціей послѣдняго. Вслѣдъ за разрѣзомъ мышечной, рубцовоизмѣненной ткани дошля до какого-то жирно перерожденного, похожего на почку довольно плотнаго тѣла; по разсѣченіи капсулы былъ найденъ камень, который и удаленъ щипцами. Полость затампонирована. Съ боковъ на мышцы и кожу наложены швы. Повязка. Послѣоперационное теченіе медленное, но гладкое. Выписывается съ небольшою гранулирующей полостью, для амбулаторнаго лѣченія.

*Pyonephrosis.* Иванъ С., 45 лѣтъ. Мутная моча съ 34 года жизни послѣ зараженія уретритомъ. Каналь суженъ до № 20. Правая почка представляется при изслѣдованіи сильно увеличенной, слегка неровной, мало чувствительной. Моча съ сильнымъ запахомъ, нейтральной реакціи, съ незначительнымъ количествомъ бѣлка, лейкоцитовъ, эритроцитовъ. Цистоскопическое изслѣдованіе не давало результатовъ вслѣдствіе быстрого помутнѣнія жидкости. Отъ дальнѣйшаго изслѣдованія больной отказался и выписался.

Кромѣ перечисленныхъ, въ клиникѣ лежали двое больныхъ съ явленіями піелита (выписались поправившимися съ совѣтомъ продолжать лѣченіе) и три съ слабо выраженными *colica renalis* — лѣченіе симптоматическое, терапевтическое.

### *I. Enuresis nocturna Neurastenia.*

Ив. Л., 28 лѣтъ. Въ роду тѣмъ же страдаетъ отецъ и братъ больного. Послѣдній, какъ помнить себя, мочится подъ себя. За время пребыванія больного въ клиникѣ его два раза въ ночь будили для моченспусканія. Бромъ, гальванизация. За время пребыванія въ клиникѣ больной привыкъ самъ просыпаться во-время и ночью подъ себя не мочился.

### *II. Neurastenia sexualis. Phosphaturia.*

48 лѣтъ. Нервная система расшаталась онанизмомъ и половыми излишествами. Отвисшая мошонка. Расширеніе венъ, сѣменного канатика. Въ мочѣ аморфныя и кристаллическія фосфорнокислыя боли. Укрѣпляющее лѣченіе, Contrexville, уротропинъ. Поправился.

### *III. Oxaluria. Neurastenia.*

А. А. 36 лѣтъ. Мочится 10—15 разъ въ сутки, по временамъ чувствуетъ при этомъ рѣзъ; въ мочѣ кристаллы щавелекислой извести. Пищевой режимъ, Salol съ бензойнымъ натромъ, Виппи. Выписывается здоровымъ.

## Гинекологическое клиническое отдѣленіе.

Общее число больныхъ . . . . . 69

По возрасту эти больныя распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

Отъ 15 до 20 лѣтъ . . . . .	2 случ.
„ 20 „ 30 „ . . . . .	25 „
„ 30 „ 40 „ . . . . .	24 „
„ 40 „ 50 „ . . . . .	15 „
„ 50 „ 60 „ . . . . .	2 „
„ 60 „ 70 „ . . . . .	1 „

Большинство больныхъ приходится, какъ и въ прошлые годы, на возрастъ 20 — 40 л., соответствующій наибольшей функціональной дѣятельности женскихъ половыхъ органовъ.

По времени наступленія мѣсячныхъ больныя распредѣляются слѣд. образомъ:

до 13 лѣтъ . . . . .	1 случ.
отъ 13 до 15 лѣтъ. . . . .	41 „
на 16 году. . . . .	15 „
„ 17 „ . . . . .	7 „
„ 18 „ . . . . .	3 „
„ 19 „ . . . . .	2 „

По семейному положенію:

замужнихъ. . . . .	39
незамужнихъ. . . . .	21
вдовъ . . . . .	7
дѣвицъ. . . . .	2

По числу бывшихъ беременностей:

дѣвицъ . . . . .	2
небеременѣвшихъ. . . . .	9
беременѣвшихъ, но нерожавшихъ. . . . .	12
рожавшихъ по одному разу. . . . .	12
„ повторно. . . . .	34

Соотвѣтственно примѣнявшимся способамъ лѣченія больныя раздѣлены на двѣ группы:

А. Болѣзни, при которыхъ примѣнялись консервативные способы лѣченія:

Para-perimetritis acuta . . . . .	1 случай
Perimetritis chronic. . . . .	1 „
Salpyngo—oophoritis dextr. . . . .	2 „

Во всѣхъ случаяхъ этой группы примѣняемы были способы рассасывающаго лѣченія: тепло въ формѣ горячихъ спринцеваній, клизмъ, ванны, компрессовъ; ихтіолъ, массажъ и т. д.

Больныя этой группы выписаны всѣ совершенно оправившись.

Б. Болѣзни, при которыхъ примѣнялся оперативный способъ лѣченія:

I. a) Metritis chronic. . . . .	4 случ.
b) Endometritis haemorrhagica . . . . .	6 „
c) Abortus съ задержавшимися частями плоднаго яйца . . . . .	7 „
d) Abortus artificialis . . . . .	1 „
e) Collum conicum . . . . .	2 „
f) Polypus cervicis . . . . .	1 „
g) Ruptura perinei. . . . .	7 „
h) Cancer uteri inoperabilis . . . . .	1 „

Одинъ случай „metritis chronica“ долженъ быть особенно отмѣченъ вслѣдствіе неправильнаго развитія половыхъ органовъ; въ данномъ случаѣ влагалище было раздѣлено продольной перегородкой, начинавшейся на разстояніи  $\frac{1}{3}$  отъ входа во влагалище и продолжавшейся до перемычки между двумя шейками конической формы, находившимися въ каждомъ отдѣлѣ влагалища (vagina subsepta); каждая шейка переходила въ отдѣльное тѣло матки (uterus didelphyus), изъ которыхъ правое длиною въ 6 сантиметровъ, лѣвое гораздо больше (9 сантиметровъ) и въ немъ всѣ явленія хроническаго метрита, вслѣдствіе чего въ немъ сдѣлана abrasio mucosae uteri съ послѣдовательнымъ смазываніемъ t-ra jodii и тампонаціей.

Оперативныя пособія, примѣнявшіяся въ нашихъ случаяхъ, изложены въ „Ежегодникѣ 1907 г.“. Всѣ случаи I отдѣла второй группы кончились выздоровленіемъ.

## II. Pelvioperitonitis acuta. . . . . 1 случ.

Въ данномъ случаѣ послѣ предварительнаго обычнаго консервативнаго лѣченія, былъ сдѣланъ разрѣзъ въ заднемъ сводѣ, выпущено около стакана гноя, отверстіе расширено, и вложенъ выпускникъ изъ іодоформовой марли, который былъ возобновляемъ сперва ежедневно, затѣмъ черезъ 1—2 дня въ теченіе нѣсколькихъ недѣль, по истеченіи которыхъ больная выписалась съ значительнымъ улучшеніемъ.

III. Полное удаление матки черезъ влагалище:

Cancer corporis uteri. . . . . 1 случ.

IV. Чревосѣченія:

a) Laporatomia explorativa. . . . . 2 случ.

1) Carcinoma papillomatosum ovarii sinistri.

2) Haematoma subserosum parietalis corporis uteri gravidi.

Въ первомъ случаѣ „Carcinoma ovarii“ въ терапевтической клиникѣ два раза была сдѣлана пункция и выпущено около 15000 сс. жидкости, при пробномъ чревосѣченіи обнаружена papilloma malignum яичника, давшая многочисленныя метастазы на стѣнкахъ кишекъ, сальникѣ и брюшинѣ; черезъ 7 недѣль больная скончалась. Во второмъ случаѣ было констатирована въ стѣнкѣ тѣла матки съ лѣвой стороны опухоль міоматозной консистенціи, величиной у основанія съ апельсинъ, въ верхушкѣ меньше, симулировавшая интерстиціальнѣй фиброзный узелъ матки и оказавшаяся при пробной лапоротоміи подбрюшиной haematom'ой стѣнки матки. Послѣоперационное теченіе выполнѣ нормальное, кровоизліяніе постепенно уменьшалось и послѣ нормально протекшихъ родовъ прощупывалось незначительное уплотненіе стѣнки матки въ мѣстѣ бывшаго кровоизліянія.

b) Міомы матки . . . . . 16 случ. 1).

изъ нихъ: интерстиціальныхъ. . . . . 13 случ.

подбрюшинныхъ. . . . . 1 „

подслизистыхъ. . . . . 2 „

Въ числѣ интерстиціальныхъ въ 4 случаяхъ myoma multiplex.

Въ двухъ случаяхъ одновременно были удалены трубы съ обѣихъ сторонъ вслѣдствіе hydrosalpinx resp. sactosalpinx bilateralis, при чемъ во второмъ случаѣ вслѣдствіе сращеній трубъ съ кишками и фибромой матки, при выдѣленіи изъ сращеній труба лопнула и часть содержаемаго трубы, несмотря на предварительно подложенныя стерильныя салфетки, вылилась въ брюшную полость. Больная скончалась на 12 день послѣ операціи; при вскрытіи найдено: тромбозы venaе iliacae и cavae; arteriosclerosis aort'ы и, вообще, артерій; тромбъ въ правой art. pulmonalis, инфарктъ нижней доли праваго легкаго, сосѣдній эксудативный плевритъ; Adipositas cordis.

Въ одномъ случаѣ одновременно съ надвлагалищной ампутаціей матки удалена правая труба и сращенный съ ней удлиненный и утолщенный червообразный отростокъ; въ боковой стѣнкѣ живота сдѣлано отверстіе, черезъ которое введенъ стерильный тампонъ на мѣстѣ удаленнаго appendix'a. Больная выписалась выполнѣ оправившись.

Въ одномъ случаѣ вся матка была окутана сращеніями съ подлежащими частями и въ особенности съ правой стороны опухоль выросла

1) 8 случаевъ относятся къ хирургич. отдѣлу.



между листками широкой связки, такъ что при выдѣленіи ея изъ сращеній былъ перерѣзанъ правый мочеточникъ, опухоль удалена и мочеточникъ сшитъ, больная вполне оправилась.

Въ одномъ случаѣ вмѣстѣ съ фибромой была удалена киста лѣваго яичника величиной съ апельсинъ.

Въ 13 случаяхъ сдѣлана надвлагалищная ампутація матки; въ двухъ случаяхъ большихъ подслизистыхъ фибромъ — *extirpatio uteri totalis*; въ одномъ (подбрюшинная міома) — перевязка ножки съ послѣдовательнымъ удаленіемъ опухоли.

Исходъ во всѣхъ случаяхъ за исключеніемъ двухъ — выздоровленіе; одинъ изъ двухъ случаевъ, окончившихся смертью, описанъ выше; въ другомъ при вполне нормальномъ послѣоперационномъ теченіи больная на 12-ый день послѣ операціи внезапно скончалась при явленіяхъ эмболии легочной артеріи. Вскрытіе: *embolia arter. pulmonal. utriusque*; частичная геморрагія нижней доли праваго легкаго и геморрагическій инфарктъ нижней доли лѣваго легкаго; гипертрофія и ожирѣніе лѣваго сердца, легкій склерозъ *arter. coronar*; *induratio cyanotica lienis*, мускатное перерожденіе печени; въ мѣстѣ операціи патологическихъ измѣненій нѣтъ.

е) Полное удаленіе придатковъ: <sup>1)</sup>.

- |                                     |         |
|-------------------------------------|---------|
| 1) Sactosalpinx dextr. . . . .      | 1 случ. |
| 2) Sactosalpinx bilateral . . . . . | 3 „     |

Всѣ случаи весьма трудные въ смыслѣ техники вследствие массы сращеній, окутывавшихъ значительно увеличенные придатки, а также сращеній съ кишками, сальникомъ и т. д.; въ одномъ случаѣ труба была столь сильно припаяна къ кишкѣ, что при попыткахъ удаленія произошла перфорация кишки; кишка зашита, въ брюшную полость введенъ тампонъ по Mikulitz'у, тѣмъ не менѣе больная скончалась отъ септического перитонита на 5-ый день послѣ операціи; исходъ въ остальныхъ случаяхъ — выздоровленіе.

д) Новообразованія яичниковъ <sup>1)</sup>.

- |  |         |
|--|---------|
| Cystoma ovarii dextr . . . . .             | 2 случ. |
| Cystoma „ sinistri. . . . .                | 2 „     |
| Cystoma parovarialis. . . . .              | 2 „     |
| Cystoadenoma papillare ovariorum . . . . . | 1 „     |

Въ одномъ случаѣ правосторонней дермоидной кисты операція была произведена у беременной на 6-мъ мѣсяцѣ; дермоидъ былъ сращенъ съ паріетальной брюшиной и передней стѣнкой матки; опухоль выдѣлена изъ сращеній и удалена; на 9-ый день послѣ операціи

<sup>1)</sup> 1 случ. относится въ хирургич. отдѣлен.

<sup>1)</sup> 2 случ. относятся къ хирургич. отдѣлен.

вслѣдствіе сильнаго вздутія живота швы брюшной раны разошлись, кишки выпали наружу; брюшная рана снова зашита шелкомъ, въ нижнее отверстіе брюшной раны вставлена стерильная марлевая салфетка, которая мѣнялась до полного заживленія и больная благополучно родила въ срокъ.

Въ одномъ случаѣ лѣвосторонней кисты больная поступила въ клинику съ повышенной  $t^0$  и рвотой съ примѣсью крови; діагностирована беременность 6 мѣсячн. и съ лѣвой стороны сверху опухоль, доходящая до послѣдняго ребра; по разрѣзѣ изъ брюшной полости вылился жидкій гной, обнаружена киста съ перекрученной ножкой, киста удалена, вложенъ тампонъ по Mikultz'у. Послѣоперационное теченіе: все время кровавая рвота, на 3-й день съ рвотой алая кровь, пульсъ 120—130, на 8-й день преждевременные роды мертвымъ младенцемъ и на 10 день больная скончалась; при вскрытіи: кишки снаны между собой и покрыты на небольшомъ пространствѣ гнойнымъ налетомъ, въ желудкѣ изъязвленія съ сильно инфильтрированными возвышенными краями съ воспалительными застойными явленіями вокругъ; брюшина гладка и блестяща.

Исходъ въ остальныхъ случаяхъ этой группы—выздоровленіе.

е) Внѣматочная беременность:

Беременность въ правой трубѣ . . . . . 3 случ.

„ „ лѣвой . . . . . 2 „

Всѣ случаи представляли разрывъ трубы; въ одномъ случаѣ одновременно удалена киста яичника съ противоположной стороны, въ двухъ случаяхъ правосторонней трубной беременности удалена кромѣ трубы и haematocoele peritubar. resp. retrouterin.

Исходъ во всѣхъ случаяхъ — выздоровленіе.

---

---

# Отчетъ о дѣятельности конференціи врачей Императорской Екатерининской Больницы за 1907 — 08 академическій годъ.

---

Конференція врачей Императорской Екатерининской больницы за истекшій 1908 — 09 академическій годъ имѣла 16 очередныхъ и одно неочередное засѣданіе. На послѣднемъ, состоявшемся 24. XI. 1908 г. подъ почетнымъ предсѣдательствомъ ректора Императорскаго Московскаго университета А. А. Мануилова, прив.-доц. Г. П. Россолимо произнесъ рѣчь: „Объ изслѣдованіи высшихъ психическихъ функций“. Предсѣдателями на очередныхъ засѣданіяхъ были: 1) П. О. Богдановъ, 2) А. П. Браунштейнъ, 3) А. А. Вагановъ, 4) Е. Ф. Ванкевичъ, 5) А. П. Заболотскій, 6) К. К. Ивенсенъ, 7) А. В. Мартыновъ, 8) П. М. Поповъ, 9) В. О. Полякомъ, 10) Г. И. Россолимо, 11) В. Н. Саввинъ, 12) А. А. Фейденгольдъ. Секретарями конференціи состояли: Р. М. Фронштейнъ и Д. Е. Абесаломовъ. Дѣйствительныхъ членовъ конференціи было 50.

Всѣхъ докладовъ съ демонстраціей больныхъ, макроскопическихъ и микроскопическихъ препаратовъ и рисунковъ было — 46; изъ терапевтической клиники — 10; изъ хирургической — 20; изъ андрологической — 7; изъ невропатологическаго отдѣленія — 6; изъ гинекологическаго — 3.

## *Изъ терапевтической клиники:*

1. А. П. Браунштейнъ. Къ вопросу о самоизлѣченіи рака.
2. А. П. Браунштейнъ. Химическая реакція на сифилисъ, замѣняющая реакцію Wassermann'a.
3. К. А. Дилигенскій. Случай склеродерміи.
4. А. П. Заболотскій. Демонстрація больной съ колтуномъ.
5. П. Р. Кизель. Случай сепсиса ex bac. pyocyaneо.
6. В. М. Лопатина. Случай m. Basedowii.
7. М. М. Невядомскій. Случай желтухи, осложненной полиневритомъ.

8. Е. Е. Сыроѣчковскій. Травматическій неврозъ желудка.
9. Е. Е. Сыроѣчковскій. Демонстрація препаратовъ плазмодій маляріи.
10. А. А. Эйтвидъ. Tumor malignus mediastini et pulmonum.

*Изъ хирургической клиники:*

1. А. А. Иконниковъ. Случай кровотеченія изъ зубной ячейки послѣ экстракціи зуба.
2. А. А. Иконниковъ. Демонстрація больного, оперированнаго по поводу привычнаго вывиха плеча.
3. А. В. Мартыновъ. Обзоръ операціи на желчныхъ путяхъ за 1909 годъ.
4. А. В. Мартыновъ. А. Н. Поль — первый профессоръ госпитальной хирургической клиники.
5. М. А. Нольде. Случай pachymeningitidis nodosae.
6. Д. М. Поповъ. Демонстрація больного съ gangraena pedis sicca.
7. Д. М. Поповъ. Демонстрація препарата tumoris maligni renis.
8. В. Н. Саввинъ. Случай острого гнойнаго перитонита, лѣченнаго операціей.
9. В. Н. Саввинъ. Демонстрація больной съ язвой пищевода послѣ инороднаго тѣла въ немъ.
10. В. Н. Саввинъ. Случай эхинококка печени, осложненнаго эмпіемой желчнаго пузыря и поддиафрагмальнымъ нарывомъ (выздоровленіе).
11. В. Н. Саввинъ. Случай рѣзанной раны печени.
12. В. Н. Саввинъ. Случай огнестрѣльнаго раненія живота.
13. В. Н. Саввинъ. Случай излѣченія острого гнойнаго перитонита.
14. В. Н. Саввинъ. Демонстрація больного послѣ резекціи желудка по поводу раковаго заболѣванія его.
15. А. Н. Сребрянская. Демонстрація больной съ множественными хондральными экзостозами.
16. А. Н. Сребрянская. Демонстрація препарата—cancer appendicis.
17. А. Н. Сребрянская. Демонстрація препарата—hypernephroma renis.
18. А. Н. Сребрянская. Демонстрація препаратовъ — intussusceptionis intestinorum.
19. Д. Л. Флерова. Демонстрація больной съ артродезомъ голеностопнаго сустава.
20. Р. М. Фронштейнъ. Случай вскрытія эхинококка in venam cav. infer.

*Изъ андрологической клиники:*

1. А. А. Вагаповъ. Демонстрація больного съ задержаннымъ яичкомъ.
2. А. А. Вагаповъ. Retentio testis.
3. Е. Ф. Вашкевичъ. Случай инороднаго тѣла мочеиспускательнаго канала.
4. Е. Ф. Вашкевичъ. Случай почечной гематурии.
5. Р. М. Фронштейнъ. Демонстрація препарата кистозной почки.
- 6) Р. М. Фронштейнъ. Демонстрація камней почки.

*Изъ нервной клиники:*

1. И. О. Чертковъ. Случай остраго поліомієлита.
2. Б. Н. Могильницкій. Случай оперированнаго больного съ Кожевниковской эпилепсіей.
3. А. Н. Худяковъ. Случай пораженія мозжечка съ разстройствомъ движеній глазъ и рѣчи.
4. И. О. Чертковъ. Случай эмболіи силвіевой и лучевой артерій.
5. Я. Н. Шалытъ. Случай сложнаго заболѣванія нервной системы.
6. М. Б. Шапиро. Случай апраксіи.

*Изъ гинекологическаго отдѣленія:*

1. В. А. Александровъ. Случай внѣматочной беременности.
  2. И. А. Воффъ. Демонстрація препаратовъ: 1) Cystadenoma papillare ovariorum; 2) Cystadenoma papillare carcinomatosa ovariorum
  3. И. А. Воффъ. Missed abortion.
-

ЛИЧНЫЙ СОСТАВЪ КЛИНИКЪ  
Императорской Екатерининской Больницы  
въ 1908—09 академическомъ году.

---

I. Терапевтическая клиника.

Директоръ — ординарный профессоръ *П. М. Поповъ* (главный врачъ).

Ассистенты: прив.-доц. *В. Θ. Поляковъ*, *В. М. Кожевниковъ*, *С. Д. Серебряковъ*, *А. С. Егоровъ*, *В. О. Гуленко*.

Ординаторы: *А. А. Эйтвидъ*, *А. М. Предтеченскій*, *К. А. Дилигенскій*, *С. Н. Сорокинъ*, *Л. Н. Столица*, *В. П. Катанянъ*, *Д. Г. Абессаломовъ*, *Г. И. Исаевъ*, *А. Е. Пестель*, *Л. С. Бородинъ*, *П. Р. Кизель*, *Е. Е. Сыроучковскій*, *Я. И. Русинъ*, *И. И. Красовскій*, *И. П. Лобановъ* и *М. М. Невядомскій*.

Нормальная бактериологическая лабораторія, состоящая при  
терапевтической клиникѣ.

Завѣдующіе—прив.-доц. *В. Θ. Поляковъ* и *С. Д. Серебряковъ*.

II. Хирургическая клиника.

Директоръ — экстраординарный профессоръ *А. В. Мартыновъ* (помощникъ главнаго врача).

Ассистенты: *И. А. Мотовиловъ*, *В. Г. Маевъ*, *А. А. Фейденгольдъ*, *К. К. Ивенсенъ*.

Ординаторы: *А. И. Сребрянская* (завѣдующая лабораторіей), *П. П. Ситковскій*, *М. А. Нольде*, *Д. М. Поповъ*, *Г. А. Поленскій*, *А. А. Иконниковъ*, *М. С. Чекаевъ* и *А. П. Терпуговъ*.

III. Андрологическая клиника.

Завѣдующій — экстраординарный профессоръ *А. В. Мартыновъ*.

Ассистенты: прив.-доц. *П. Ф. Богдановъ*, *А. А. Вагановъ*, *Е. Ф. Вашкевичъ*.

Ординаторы: *Р. М. Фронштейнъ*, *О. Θ. Губеръ* и *П. Н. Субботинъ*.

**IV. Нервное клиническое отдѣленіе.**

Завѣдующій — прив.-доц. *Г. И. Россолимо.*

Ассистентъ — *В. К. Хорошко.*

Ординаторы: *А. И. Худяковъ, Б. Н. Могильницкій и И. О. Чертковъ.*

**V. Гинекологич. клин. отдѣленіе.**

Завѣдующій — прив.-доц. *И. А. Вовфъ.*

Ординаторы: *Н. Ф. Медвѣдковъ и Б. С. Архангельскій.*

Экстернъ — *М. С. Френкель.*

**VI Амбулаторія.**

Постоянные ординаторы: *А. И. Заболотскій, К. К. Нагель*

По нерв. бол. прив.-доц. *М. И. Молчановъ.*

**VII. Клин. отдѣленіе ушн., горл. и носов. болѣзней.**

Прив.-доц. *Е. М. Степановъ.*

**VIII Прозекторъ — *В. С. Дьвицкій.***



~~Им~~ператорскій Московскій Университетъ.

---

ЕЖЕГОДНИКЪ  
ИМПЕРАТОРСКОЙ  
ЕКАТЕРИНИНСКОЙ  
БОЛЬНИЦЫ.

ВЫПУСКЪ ЧЕТВЕРТЫЙ.

---

1909 — 1910 академическій годъ.



Москва. — 1913.  
ТИПОГРАФІЯ В. М. САБЛИНА.  
Петровка, д. 26. Тел. 131-34.

# СОДЕРЖАНІЕ.

## I. Оригинальныя статьи.

	<i>Стр.</i>
1. Поляковъ, В. Θ. Гипертоксичная форма пневмоніи .. .. .	1
2. Браунштейнъ, А. П. Успѣхи эксперимента въ области изученія злокачественныхъ опухолей .. .. .	11
3. Невядомскій, М. М. Случай дифтерійной плевропневмоніи .. .. .	23
4. Гольденвейзеръ. Къ вопросу о патогенезѣ и симптоматологіи субъаортальнаго стеноза .. .. .	31
5. Фронштейнъ, Р. М. Серотерапія и вакцинотерапія гонорройныхъ заболѣваній .. .. .	40
6. Ситковский, П. П. Инородныя тѣла прямой кишки .. .. .	62

## II. Обзоры врачебной дѣятельности клиническихъ отдѣленій Императорской Екатерининской больницы.

1. Хирургическая клиника .. .. .	71
2. Андрологическая клиника .. .. .	101
3. Нервное клиническое отдѣленіе .. .. .	129
4. Гинекологическое клиническое отдѣленіе .. .. .	130

III. Отчетъ о дѣятельности конференціи врачей Императорской Екатерининской больницы за 1909—10 годъ .. .. .	134
Личный составъ клиникъ больницы .. .. .	137



### Гипертоксичная форма пнеймоній.

На ряду съ типичными по своей классической картинѣ и теченію пнеймоніями, въ частности крупозной, достаточно извѣстными изъ ежедневнаго опыта и книжныхъ описаній, встрѣчаются формы, которыя давно уже выдѣлены въ отдѣльныя группы, получившія особыя для каждой наименованія; сюда относятъ такія формы крупозной пнеймоніи — какъ верхушечная, особенно тяжело протекающая, пнеймоніи у людей, злоупотребляющихъ спиртными напитками, клиническая картина которыхъ такъ своеобразна, благодаря особому, присущему ей, бредовому состоянію; пнеймоніи у старыхъ людей, гдѣ все дѣло можетъ сводиться только къ состоянію общей слабости, къ обложенному языку и гдѣ нѣтъ ни высокой температуры, ни выдѣленія мокроты, ни даже кашля; гдѣ распознаваніе основывается только на данныхъ объективнаго изслѣдованія: находятъ приглушеніе, бронхиальное дыханіе, хрипы; также не менѣе извѣстна разновидность крупозной пнеймоніи, протекающей съ желтухой, затѣмъ пнеймоніи у беременныхъ, своеобразно благопріятное теченіе крупозной пнеймоніи у дѣтей.

Во всѣхъ перечисленныхъ разновидностяхъ крупозной пнеймоніи, а также и въ основной формѣ ея, большее или меньшее по силѣ пораженіе центральной нервной системы — является обычнымъ спутникомъ воспаленія легкаго; главнымъ образомъ выражается оно бредомъ, появляющимся или усиливающимся къ вечеру или ночью; подобное бредовое состояніе, сопровождающееся иногда сильнымъ возбужденіемъ, можетъ проявляться днями, а иногда длится во все время теченія крупозной пнеймоніи.

Степень пораженія центральной нервной системы, которая можетъ дойти до глубокаго сопорознаго состоянія, зависитъ не только отъ силы самой инфекціи, но также и отъ возраста, состоянія питанія, наконецъ, отъ предшествующихъ или существующихъ интоксикацій (чаще всего алкоголь). На ряду съ этими, такъ сказать, обыденными формами пораженія центральной нервной системы, существуютъ и такія, гдѣ пораженіе ея является первенствующимъ въ ряду другихъ симптомовъ пнеймоніи, составляетъ главный фонъ клинической кар-

тины, на которомъ другіе симптомы пнеймоніи слабо выражены, или же вовсе отсутствуютъ.

Въ виду этого подобныя формы пнеймоніи заслуживаютъ вниманія потому, что преобладаніе своеобразныхъ симптомовъ пораженія нервной системы надъ другими, даетъ поводъ къ невѣрному распознаванію основной болѣзни.

Мы говоримъ о тѣхъ сравнительно не часто встрѣчающихся формахъ пнеймоній, гдѣ заболѣваніе начинается сразу — тяжелой комой; послѣдняя наступаетъ внезапно, безъ всякихъ предвѣстниковъ: больные ложатся спать здоровыми; по крайней мѣрѣ, ни они сами не жалуются ни на что особенное, ни окружающіе за ними не замѣчаютъ признаковъ болѣзни; на другое утро больныхъ находятъ лежащими въ постели безъ сознанія; при такихъ именно обстоятельствахъ были доставляемы въ нашу клинику подобные больные.

Начавшаяся кома длится въ теченіе всей болѣзни; больные ни на мгновеніе не выходятъ изъ этого состоянія; бреда поэтому вовсе не наблюдается; больные совершаютъ отправленія подъ себя; кромѣ комы, свидѣтельствующей о тяжкомъ пораженіи центральной нервной системы, можно иногда наблюдать легкія судорожныя подергиванія мышцъ лица и конечностей, по временамъ преходящія паретическія состоянія глазныхъ мышцъ или мышцъ лица. Учащенное и хриплое дыханіе вслѣдствіе скопленія слизи въ верхнихъ отдѣлахъ дыхательныхъ путей — явленіе постоянное. Кашель отсутствуетъ совершенно въ теченіе всего времени болѣзни; поэтому нѣтъ и мокроты; изслѣдованіе легкихъ можетъ не дать опредѣленныхъ результатовъ — влажные трахеальные хрипы при громкомъ учащенномъ дыханіи заглушаютъ все; безрезультатнымъ можетъ оказаться не только выслушивание, но и выстукиваніе, такъ какъ къ вышесказаннымъ причинамъ присоединяется еще безпомощное состояніе больныхъ, которымъ нельзя придать желаемое для правильной перкуссіи положеніе, т.-е. необходимое симметричное расслабленіе мышцъ грудной клѣтки; все вмѣстѣ часто не даетъ возможности найти лобарную или лобулярную пнеймонію.

Моча можетъ содержать то большія, то незначительныя количества бѣлка; тоже и относительно форменныхъ элементовъ; подчасъ находятъ цилиндры зернистые и эпителиальные.

Печень и селезенка уклоненій отъ нормы не представляютъ.

Температура больныхъ можетъ колебаться въ значительныхъ предѣлахъ, не достигая у однихъ до  $38,4^{\circ}$ , тогда какъ въ другихъ случаяхъ она все время болѣзни держится до  $39^{\circ}$  и выше.

Дѣятельность сердца съ самаго начала не представляется ослабленной; нѣтъ ни расширенія сердца, ни шумовъ въ немъ; пульсъ вначалѣ не слишкомъ частъ и не слабъ; зато въ слѣдующіе дни къ коматозному состоянію присоединяется быстро нарастающая сердечная слабость, которая заканчивается параличнымъ состояніемъ сердечной

мышцы. Послѣвы крови, взятой изъ вены, могутъ не обнаружить въ крови присутствіе микроорганизмовъ. Спинномозговая жидкость, добытая помощью прокола, свѣтла, не содержитъ форменныхъ элементовъ и стерильна.

Тяжелая кома, которой начинаются нѣкоторыя формы пнеймоній, является настолько преобладающей чертой въ ихъ общемъ симптомокомплексѣ, что затрудненія при діагнозѣ возможны и понятны; начало и теченіе этой формы пнеймоній настолько своеобразны, что послѣдняя заслуживаетъ не меньшаго вниманія, чѣмъ то, которое выпадаетъ на долю другихъ разновидностей: верхушечныхъ, сопровождающихся желтухой, *pneumonia rotatorum* и т. п.

Если держать въ памяти описанную форму, которая начинается комой, не сопровождаясь внѣшними признаками пнеймоніи, то понятно, почему ее необходимо дифференцировать съ другими, ведущими къ комѣ заболѣваніями, какъ то: энцефалитомъ, опухолью, кровоизліяніемъ въ мозгъ и т. д.

Какъ только что было сказано, кома можетъ являться главенствующимъ симптомомъ цѣлаго ряда заболѣваній, а потому врачу всегда слѣдуетъ помнить, что въ основѣ коматознаго состоянія можетъ лежать множество разнообразныхъ патологическихъ причинъ.

Удобства ради предлагаемъ распредѣлить причинные моменты, ведущіе къ коматозному состоянію или же съ самаго начала сказывающіеся имъ, на нѣсколько группъ:

Первая группа — токсэміи въ обширномъ смыслѣ этого слова: а) урэмія, б) діабетъ, в) всевозможныя отравленія (алкалоиды, алкоголь, хлороформъ, эфиръ и пр.), d) эпилепсія, е) эклампсія.

Вторая группа заключаетъ въ себѣ — всевозможныя нарушенія мозгового кровообращенія, т.-е. кровоизліянія, эмболіи, тромбозы.

Третья группа — составляется изъ заболѣваній мозга и его оболочекъ, т.-е. менингиты, энцефалиты, абсцессы мозга, всевозможныя опухоли его.

Четвертая группа состоитъ изъ острыхъ инфекціонныхъ заболѣваній — какъ оспа, рожа, тифъ брюшной и сыпной, воспаленіе легкихъ, тяжелыя формы маляріи и т. п.

Всѣ вышеприведенныя причины приходятъ въ голову при діагнозѣ коматознаго состоянія; практически удобно прежде всего исключить первую группу заболѣваній \*); изслѣдованіе мочи, если нужно тутъ же выпущенной при помощи катетра, рѣшаетъ вопросъ, имѣемъ ли мы дѣло съ урэмией, одной изъ самыхъ частыхъ причинъ коматознаго состоянія, а также діабетической комой; эпилептическая кома легко распознается наличностью другихъ признаковъ эпилептического припадка, напр.: прикусываніе языка, слюнотеченіе и др.; кромѣ

---

\*) У David Forsyth: Coma and its differential diagnosis. Britisch Medic. Journal. May 11, 1912, стр. 1060, приведена другая группировка причинъ коматознаго состоянія.

того — важны анамнестическія данныя. Отравленія нѣкоторыми алкалоидами, хлороформомъ, алкоголемъ, очень распространенными въ публикѣ снотворными — вродѣ веронала, тріонала и пр. никогда не должны быть забываемы при опредѣленіи причины коматознаго состоянія; здѣсь иногда сама обстановка, два — три вопроса обращенныхъ къ окружающимъ, — быстро рѣшаютъ дѣло.

Затѣмъ переходимъ къ причинамъ, вызывающимъ кому, отнесеннымъ нами ко второй группѣ — нарушеніямъ мозгового кровообращенія. На первомъ мѣстѣ необходимо поставить мозговое кровоизліяніе, такъ часто проявляющееся въ внезапно наступившемъ безсознательномъ состояніи; наличность другихъ симптомовъ мозговой апоплексіи — односторонній параличъ, неравномѣрность зрачковъ, характерный поворотъ головы и глазъ, изслѣдованіе спинно-мозговой жидкости, содержащей иногда кровь — рѣшаетъ вопросъ.

Эмболии сосудовъ головного мозга, которыя могутъ вызвать внезапное наступленіе комы, почему и даютъ часто поводъ къ смѣшенію съ мозговыми кровоизліяніями, діагносцируются на основаніи данныхъ, полученныхъ при изслѣдованіи сердца — пораженія клапановъ хроническимъ или острымъ эндокардитомъ; замѣтимъ тутъ, что измѣненія самой сердечной мышцы (гипертрофія и расширение сердца) безъ признаковъ пораженія клапановъ свидѣлствуютъ объ апоплектической природѣ комы.

Тромбозъ артерій мозга въ общемъ не ведетъ съ самаго начала къ комѣ; послѣдняя является иногда лишь подъ конецъ, когда другіе симптомы, чрезвычайно разнообразные въ зависимости отъ тромбоза тѣхъ или другихъ участковъ кровяного русла, питающаго мозгъ, уже дали себя знать.

Третья группа причинъ, могущихъ вызвать кому — заболѣванія самого головного мозга и его оболочекъ — менингиты и энцефалитъ, опухоли головного мозга, абсцессы его, прогрессивный параличъ.

Рѣдко случается, чтобы названныя заболѣванія обнаружили себя сразу потерей сознанія, наоборотъ, кома при нихъ является или заключительнымъ актомъ теченія болѣзни, или по крайней мѣрѣ тогда, когда существуютъ уже и другіе симптомы заболѣванія.

Кромѣ того, изслѣдованіе глазного дна и цереброспинальной жидкости являются необходимымъ подспорьемъ для діагноза.

Наконецъ, къ четвертой и послѣдней группѣ относятся тѣ коматозныя состоянія, которыя сопровождаютъ различныя инфекціонныя заболѣванія; большого затрудненія для распознаванія они не представляютъ, являясь лишь дополняющимъ, а иногда и омрачающимъ предсказаніе штрихомъ въ общей самой по себѣ достаточно характерной картинѣ болѣзни; укажемъ на тяжелыя формы брюшного тифа, крупозной пневмоніи, оспы и т. п.

Точный опросъ анамнестическихъ данныхъ, повторяемъ, имѣетъ

большое значеніе: настолько характерно наступленіе комы у до того совершенно здороваго и крѣпкаго человѣка.

Съ общепатологической точки зрѣнія ранняя фиксація токсиновъ микроорганизма, вызвавшаго пневмонію, въ центральной нервной системѣ — можетъ служить достаточнымъ объясненіемъ той ранней комы, съ которой начинается заболѣваніе; извѣстно, какъ жадно нервная система привлекаетъ и фиксируетъ въ себѣ токсины и эндотоксины различныхъ микроорганизмовъ, какъ избирательно относятся къ нимъ различныя составныя части нервной ткани; напримѣръ, токсинъ дифтерита фиксируется лецитиномъ, тогда какъ токсинъ столбняка привлекается протеидными субстанціями. То же самое и по отношенію къ туберкулезу: какъ извѣстно, измѣненія, находимыя на мозговой оболочкѣ при туберкулезномъ менингитѣ, могутъ быть совершенно не пропорціональны тяжести клиническихъ явленій. Опыты *G. Guillain* и *G. Laroche* <sup>1)</sup> и другихъ показали, что туберкулинъ фиксируется и активируется нервной тканью; послѣдняя, находясь при менингитѣ въ непосредственномъ сосѣдствѣ съ туберкулезнымъ очагомъ, пріобрѣтаетъ кромѣ того особо повышенную чувствительность къ туберкулину. По отношенію къ зараженію пневмококками слѣдуетъ имѣть въ виду, что первичная локализациія ихъ — полость носа, рта и глотки, т.-е. близкое сосѣдство съ центральной нервной системой, даетъ возможность сильно токсичной культурѣ микроорганизмовъ при благопріятныхъ тому условіяхъ рано фиксировать токсины въ центральной нервной системѣ.

Приведенныя соображенія о томъ, что глубокое пораженіе центральной нервной системы, выражающееся въ комѣ, зависитъ отъ сильно токсичныхъ свойствъ инфекціоннаго начала, иначе говоря, гипертоксичности культуры микроорганизмовъ, находятъ себѣ подтвержденіе въ изслѣдованіяхъ послѣдняго времени, касающихся такъ называемаго менингизма при инфекціонныхъ болѣзняхъ. Уже въ 1908 и въ 1909 г. *Liebermeister* <sup>2)</sup> и *Fränkel* <sup>3)</sup> утверждали, что въ основѣ менингіальныхъ явленій (при менингизмѣ) лежатъ измѣненія, существованіе которыхъ можно доказать помощью микроскопа; *Fränkel* допускаетъ, что отмѣченныя имъ измѣненія въ центральной нервной системѣ происходятъ не только вслѣдствіе заноса микроорганизмовъ въ существо мозга и отсюда образованія на мѣстѣ токсиновъ, но что найденныя имъ измѣненія могутъ быть токсэмичнаго характера, т.-е. могутъ быть произведены циркулирующими въ крови ядами. *Kircheimer* и *Schröder* <sup>4)</sup> идутъ дальше и утверждаютъ, что можно дока-

<sup>1)</sup> La fixation des poisons sur le système nerveux par M. M. les docteurs G. Guillain et Laroche. La Semaine médicale. 1911. № 29.

<sup>2)</sup> Liebermeister. Münch. Medic. Woch. 1909. № 15.

<sup>3)</sup> Fränkel. Virch. Arch. Bd. 194. 1908.

<sup>4)</sup> Kircheimer und Schröder. Ueber Meningismus bei Infektionskrankheiten. Deut. Arch.f. Kl. Med. 103 Bd. 3 и 4 Heft. 1911. Стр. 219 и слѣд.

затѣ наличность и патологоанатомическихъ измѣненій безъ функциональныхъ разстройствъ со стороны центральной нервной системы, и наоборотъ, допускаютъ функциональныя разстройства безъ анатомическаго субстрата въ мозгу. По автору возможно существованіе всей клинической картины менингита, вслѣдствіе одного только токсическаго вліянія на центральную нервную систему безъ какихъ-либо измѣненій въ самихъ оболочкахъ мозга.

*Kircheimer* наблюдалъ случаи менингитовъ, гдѣ бросалось въ глаза большое несоотвѣтствіе между клинической картиной и данными аутопсії — послѣдняя обнаруживала лишь небольшую гиперемію и серозное пропитываніе оболочекъ; cerebro-спинальная жидкость была совершенно прозрачна. Въ теченіе нынѣшняго года и намъ приходилось наблюдать въ клиникѣ Женскаго Мед. Института случаи тяжелыхъ по клиническимъ симптомамъ (сильнѣйшая головная боль, рвота, ригидность затылочныхъ и шейныхъ мышцъ при высокой температурѣ) менингитовъ, гдѣ спинномозговая жидкость совершенно прозрачная на видъ и не содержавшая форменныхъ элементовъ, тѣмъ не менѣе давала въ питательныхъ средахъ ростъ *diplococcus Weichselbaum'a*.

Въ виду подобнаго рода данныхъ, важное значеніе имѣетъ разрѣшеніе вопроса, могутъ ли вообще быть явленія менингизма безъ патологоанатомическихъ измѣненій въ оболочкахъ, тѣмъ болѣе что еще недавно, въ 1910 году, *Schottmüller* описалъ случай тяжелаго менингита, гдѣ при аутопсії не были найлены измѣненія въ центральной нервной системѣ и оболочкахъ ея, тогда какъ микроскопическое изслѣдованіе обнаружило присутствіе инфильтратовъ вокругъ кровеносныхъ сосудовъ и скопленіе въ просвѣтѣ послѣднихъ стрептококковъ.

Въ пяти случаяхъ (двухъ пневмоній и 3 скарлатины), сопровождавшихся явленіями менингизма, *Kircheimer* не нашелъ въ мозговыхъ оболочкахъ измѣненій, могущихъ объяснить клиническіе симптомы менингита; отсюда онъ заключаетъ, что менингеальныя явленія могутъ быть вызваны дѣйствіемъ токсиновъ, не имѣя въ своей основѣ патолого-анатомическихъ измѣненій; при этомъ для автора остается открытымъ вопросъ — о возможности перехода менингизма въ менингитъ; вопросъ, быть можетъ, лишній, такъ какъ изслѣдованія *Wiens'a* <sup>1)</sup> показали, что присутствіе диплококковъ въ крови при крупозной пневмоніи есть явленіе постоянное, обнаруживаемое примѣненіемъ особой питательной среды (*Pepton-dextrose-wasser*). Количество бактерій въ крови, повидимому, обратно пропорціонально тяжести заболѣванія — рѣшающее значеніе имѣютъ свойства токсиновъ, а возможность перехода менингизма въ менингитъ обезпечена наличностью бактерій

---

<sup>1)</sup> Wiens. Klinische Untersuchungen bei krupöser Pneumonie mit besonderer Berücksichtigung der Bakteriämie. Zeitsch. f. Kl. Medicin. Bd. 65, Heft 1 и 2.



въ прозрачной спинномозговой жидкости, какъ показали наши наблюденія.

Приводимъ въ сокращенномъ видѣ 4 исторіи болѣзни подобныхъ гипертоксичныхъ пневмоній, гдѣ ясно выступаютъ особенности ихъ клинической картины.

1) Крестьянка П. К. 22 лѣтъ, крѣпкаго сложенія, была доставлена 11/III 1910 г. въ клинику въ безсознательномъ состояніи. По словамъ доставившихъ больную, прислугу въ домѣ, послѣдняя была совершенно здорова, ни на что не жаловалась; въ день доставленія ея въ клинику была найдена лежащей въ постели безъ сознанія.

Stat. praes. У больной trismus, рвоты нѣтъ, животъ не вздутъ, печень и селезенка не увеличены; больная мочится подъ себя; спущенная катетромъ моча, уд. вѣса 1027, содержитъ очень немного бѣлка и одиночные гіалиновые цилиндры; сахара нѣтъ, діазореакціи нѣтъ; рѣзкая реакція на уробилинъ и индиканъ. Въ женской сферѣ слегка утолщенная лѣвая труба и retroflexio uteri.

Кашля нѣтъ; мокроты не выводится; хриплое, поверхностное учащенное до 50 разъ въ минуту, дыханіе; при выслушиваніи удается уловить кое-гдѣ разбросанные влажные хрипы. Выстукиваніе не даетъ положительныхъ результатовъ.

Сердце не расширено, шумовъ нѣтъ, пульсъ 120, правильный, немного слабый.

Кромѣ комы наблюдается со стороны нервной системы временное скашивание глазъ въ одну сторону. Сухожильные рефлексы — налицо. Лимфатическія железы не увеличены; припухлость лѣвой околоушной железы. Кровотвореніе: Нв — 68%, красныхъ шариковъ 3.200.000, бѣлыхъ 11.600, полинуклеаровъ 84%, лимфоцитовъ и переходныхъ формъ 14%, эозинофиловъ 2%. Т°-га въ первый день поступленія не выше 38°, въ слѣдующій — не выше 37,4, на третій день и послѣдній доходитъ до 39,6.

12/II. Коматозное состояніе продолжается; менингеальныхъ явленій нѣтъ; произведенъ поясничный проколъ, давшій выходъ небольшому количеству около 10 ctm. совершенно прозрачной, не содержащей форменныхъ элементовъ жидкости, которая при посѣвѣ на питательныя среды оказалась стерильной. Изъ вены взята кровь для посѣва на питательныя среды; посѣвы не дали роста микроорганизмовъ. Пульсъ слабѣетъ, доходя до 140 въ минуту. Произведенная на слѣдующія сутки вторичная лумбальная пункція даетъ нѣсколько капель прозрачной, не содержащей форменныхъ элементовъ стерильной жидкости. На третій день пребывания больной въ клиникѣ — наступила смерть. Данные вскрытія, произведеннаго проз. В. С. Дѣвицкимъ — слѣдующія: angina catarrhalis, parotitis sinistra, bronchopneumonia disseminata loborum inferiorum utriusque pulmonis; degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis, renum. Tumor lienis acutus. Hyperaemia venosa cerebri et meningum.

2) Крестьянка Р. А., 31 года, крѣпкаго сложенія, доставлена 5/I 1911 г. въ клинику въ безсознательномъ состояніи. Привезшій въ клинику мужъ больной заявилъ, что жена его еще наканунѣ исполняла свою обычную работу, легла повидимому здоровая спать, а 5-го января, т.-е. на другой день утромъ ее нашли въ постели безъ сознанія; въ тяжелой комѣ ее доставили въ клинику.

St. praes. Больная въ комѣ; глаза скошены въ лѣвую сторону, зрачки равномѣрно сужены, слабо реагируютъ на свѣтъ.

По временамъ легкія судорожныя подергиванія въ различныхъ мышцахъ туловища, конечностей и лица. Менингеальныхъ явленій нѣтъ. Рвоты нѣтъ и не было, животъ не вздутъ; печень и селезенка не увеличены; больная мочится подъ себя; моча, спущенная катетромъ, насыщенно желтаго цвѣта, кислой реакціи, уд. вѣсъ 1,016, содержитъ небольшое количество бѣлка, немного зернистыхъ цилиндровъ и лейкоцитовъ; суточ. кол. 600 к. ц. Genitalia въ порядкѣ. Есть одышка — 36 разъ въ минуту.

Кашля и мокроты совершенно нѣтъ. Спереди звукъ ясный; при аускультации удается уловить разбросанные въ обоихъ легкихъ влажные хрипы. Точному изслѣдованію мѣшаетъ хриплое дыханіе. Объемъ сердца: правая граница не доходитъ до середины грудины, лѣвая нѣсколько заходитъ за lin. mamil.; тоны слабы. Пульсъ слабый, 100 въ минуту.

Температура повышена: отъ 38,4 до 39°. Больная скончалась на третій день пребыванія въ клиникѣ, находясь въ коматозномъ состояніи все время.

При вскрытіи (проз. А. II. Заборовскій) оказалось: *Hyperaemia substantiae cerebri. Tuberculosis obsoleta apic dextr. Pneumonia cruposa lobi super. et infer. pulm dext. in stadio rubrocinereo. Pneumonia incipiens lobularis P<sup>2</sup>. Oedema pulmonum. Angina granulosa. Degeneratio parenchymatosa myocardii, renum et hepatis. Hyperplasia pulpaе lienis septica.*

3) Е. Ш. крестьянка, крѣпкаго сложенія, 31 г., доставлена 18/VI 1911 г. въ клинику въ коматозномъ состояніи.

По словамъ окружающихъ больная была здорова; 16/V почувствовала головную боль, по поводу которой обратилась къ врачу, который нашелъ у ней лишь малокровіе. 18 мая утромъ найдена лежащей въ безсознательномъ состояніи въ постели — и доставлена въ клинику.

St. praes. Больная въ комѣ, есть trismus; рвоты нѣтъ, животъ не вздутъ. Печень и селезенка уклоненій отъ нормы не обнаруживаютъ. Больная мочится подъ себя. Спущенная катетромъ моча, кис. реакц. уд. вѣсъ 1,023, содержитъ слѣды бѣлка; genitalia — ничего ненормальнаго, на слѣдующій день регулы. Сердце — правая граница доходитъ до середины грудины, лѣвая на сосковой линіи; пульсъ 70 въ минуту, хорошаго наполненія. Кромѣ глубокой комы отмѣчаются небольшія

судорожныя подергиванія въ конечностяхъ. Hb—80%, красныхъ кровяныхъ шариковъ 4.200.000; бѣлыхъ 15.510, t—га—38°.

Кашля нѣтъ, мокроты нѣтъ; сзади отъ угла правой лопатки книзу обнаружено приглушеніе и бронхіальное дыханіе. Черезъ сутки больная скончалась.

При вскрытіи (проз. В. С. Дѣвицкій): *Pneumonia septica lobi inferioris pulmonis dextri confluens et disseminata lobi superioris pulm. dextri et partialis lobi inferioris pulm. sinistri. Ecchymoses disseminatae pleurae. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis et renum. Oedema piaе matris et cerebri; trombosis art. basilaris in loco bifurcationis ejusdem. Perioophoritis chronica sinistra adhaesiva.*

4) И. В. Л. 19 лѣтъ, гимназистъ изъ здоровой семьи, abusus отрицается, равно нѣтъ указаній на lues и туберкулезъ. 2 года назадъ обморочное состояніе, продолжавшееся около 1½ часа; послѣдніе три года больной чувствуетъ себя слабымъ, легко утомляется. Три мѣсяца назадъ у больного былъ приступъ аппендицита, не въ сильной формѣ; съ тѣхъ поръ чувствуетъ боли въ правой половинѣ живота. Больной поступилъ 9 апрѣля 1912 г. въ хирургическую лечебницу съ цѣлью подвергнуться операциі удаленія червеобразнаго отростка. При изслѣдованіи—легкія, органы кровообращенія и почки здоровы.

10 апрѣля произведена операция удаленія червеобразнаго отростка подъ эфирнымъ наркозомъ (55 с. стм.) съ предварительной инъекціей морфія—0,01. Продолжительность операциі 25 м.; технически легкій случай; отростокъ утолщенъ, особенно въ концѣ; содержимое—слизь, гипереміи не было; сращеній нѣтъ. Вечеромъ послѣ операциі хорошее самочувствіе, пульсъ 70.

Утромъ 11 апрѣля хорошее самочувствіе, t—га 36,1, пульсъ 82, черезъ часъ (въ 9 ч. утра) внезапная потеря сознанія, въ 11 ч. общія судороги, t—га 37,4; пульсъ 100; судороги продолжались до 2 часовъ; прекратились послѣ впрыскиванія морфія; t—га 38,2; при аускультациі и перкуссіи ничего ненормальнаго. Въ 4 часа сознаніе проясняется, пульсъ 140; въ нижней долѣ лѣваго легкаго фокусъ приглушенія съ бронхіальнымъ дыханіемъ, отѣкъ. Въ 8 ч. вечера t—га 39,4, наступаетъ отѣкъ легкихъ, пульсъ 160 въ минуту, кашля нѣтъ, въ мочѣ бѣлка нѣтъ. Въ 10 часовъ вечера—наступилъ exitus <sup>1)</sup>.

Если отвлечься отъ тѣхъ видовъ комы, которые зависятъ отъ интоксикацій не бактерійными ядами, какъ діабетическая кома, уремическая, эпилептическая, кома при различныхъ отравленіяхъ, или же имѣющихъ причиной нарушеніе цѣлости мозгового вещества, какъ это бываетъ при геморрагіяхъ, размягченіяхъ, опухоляхъ, то все-таки еще остается упомянуть о той комѣ, которая наблюдается при инфекціонныхъ болѣзняхъ, гдѣ появленіе ея есть лишь подробность въ общей клинической картинѣ той или другой ясно выразившейся ин-

<sup>1)</sup> Сообщено д-ромъ К. К. Ивенсеномъ.

фекции, напр., рожи, брюшного тифа, оспы и проч.; подобныя комы, сопровождаясь обыкновенно состояніями возбужденія или временными возвратами къ сознанію, обычно заканчиваются или сопровождаютъ теченіе тяжелой инфекции.

Въ приведенныхъ нами случаяхъ дѣло идетъ совершенно наоборотъ: все дѣйствіе открывается тяжелой комой безъ другихъ опредѣленныхъ мѣстныхъ явленій — отсюда своеобразная клиническая картина, дающая поводъ къ колебаніямъ или ошибкамъ въ діагнозѣ.

Отсутствіе кашля, мокроты, невозможность подчасъ уловить признаки пнеймоніи, отвлекаютъ мысль врача въ иное направленіе. Приведенные нами примѣры „гипертоксичныхъ пнеймоній“ требуютъ нѣкоторыхъ дополненій: такъ въ 3-мъ случаѣ былъ обнаруженъ тромбозъ на мѣстѣ развѣтвленія *art. basilaris*; нѣтъ основанія объяснять имъ происхожденіе комы; это противорѣчитъ тому, что мы знаемъ о клинической картинѣ тромбоза названной артеріи (*Pierre Marie*) и не стоитъ въ связи съ внезапно наступившей прежде другихъ симптомовъ комы.

Прижизненный діагнозъ съ точностью могъ быть поставленъ лишь въ третьемъ случаѣ, гдѣ измѣненія въ легкомъ, свойственныя пнеймоніи, могли быть обнаружены; въ другихъ случаяхъ признаки пнеймоніи не поддавались точному опредѣленію: мѣшало громкое хриплое дыханіе и частыя экскурсіи грудной клѣтки; если прибавить, что изслѣдованія крови, посѣвы ея, могутъ не дать указанія на природу инфекции, что лумбальные проколы могутъ не опредѣлить причину комы, а отсутствіе кашля и мокроты не наводятъ на мысль о пнеймоніи, то понятно, насколько важно въ интересахъ точнаго діагноза помнить о существованіи особой формы пнеймоніи, которая клинически характеризуется внезапнымъ наступленіемъ комы.

---

## Успѣхи эксперимента въ области изученія злокачественныхъ опухолей.

Въ числѣ вопросовъ, которымъ въ послѣднее время съ особенной энергіей посвятила себя медицинская наука и практика, проблема рака занимаетъ одно изъ первыхъ мѣстъ. Во всѣхъ цивилизованныхъ странахъ неустанно разрабатывается этотъ вопросъ и повсюду замѣтно стремленіе какъ можно глубже проникнуть въ морфологию, біологию и химизмъ злокачественныхъ опухолей, а главное выяснить ихъ этиологию. Изученіе сущности рака, этого страшнаго бича человечества, не знающаго себѣ подобнаго, начиная со середины прошлаго столѣтія благодаря *Johannes Müller*у и *Virchow*у было концентрировано почти исключительно въ патолого-гистологическихъ лабораторіяхъ, и до послѣдняго времени одному микроскопу принадлежало почти исключительное право рѣшать эту проблему. Никто, конечно, не можетъ отрицать тѣхъ громадныхъ успѣховъ, которые были добыты въ ученіи о злокачественныхъ опухоляхъ благодаря микроскопу; только при его помощи намъ стало ясно тончайшее строеніе опухолей, а вмѣстѣ съ этимъ ихъ морфологія. Морфологія раковой клѣтки, которая, какъ таковая, подъ микроскопомъ почти ничѣмъ не отличается отъ обыкновенной эпителиальной клѣтки, была до мельчайшихъ подробностей изучена, причемъ выяснилось въ высшей степени важное обстоятельство, а именно, что раковая клѣтка представляетъ собою не чуждое организму образованіе, какъ это нѣкоторые предполагали, а преформированную эпителиальную клѣтку самаго организма, носителя данной опухоли. Несмотря на всѣ усилія патолого-анатомовъ нельзя было, однако, путемъ микроскопическихъ изслѣдованій установить той громадной біологической разницы, которая безусловно должна была существовать между нормальной эпителиальной клѣткой и раковой. Вполнѣ естественно, что рѣшеніе такого въ высокой степени важнаго вопроса могло осуществиться только при помощи эксперимента въ самомъ широкомъ смыслѣ этого слова. Но прежде чѣмъ суждено было этому осуществиться, еще въ 80-хъ годахъ прошлаго столѣтія подъ вліяніемъ великихъ открытій Коха, начался періодъ увлеченія паразитарной теоріей происхожденія зло-

качественныхъ опухолей и открытій ихъ специфическихъ возбудителей. Въ теченіе четверти вѣка открытіе одного возбудителя быстро смѣнялось открытіемъ другого, при чемъ послѣдній такъ же скоро предавался забвенію, какъ и первый. Какъ въ калейдоскопѣ передъ нами проходитъ цѣлый рядъ специфическихъ возбудителей рака. Вспомнимъ про *Rhizopoda Sjöbring'a*, про *Plimmer'овскія* тѣльца, *Leyden'овскія* включенія въ видѣ *Vogclaugen*, слизистый грибокъ *Plasmodiophora brassicae* Воронина и Навашина, *Мухомыцет'ы* *Behl'a*, *Protozoa Schüller'a*, бластомицеты *Sanfelice*, *Mikrococcus neoformans* *Doyen'a*, *Sporozoa Bosc'a*, плѣсневой грибокъ (*Mukor*) *Otto Schmidt'a*, акариды (*Demodex*) *Borrel'я* и *Saul'я*. Какое пестрое разнообразіе возбудителей рака; мы здѣсь видимъ не только бактеріи, но и дрожжи, плѣсень и даже червячковъ. Каждому изъ переименованныхъ возбудителей соотвѣтственнымъ изслѣдователемъ приписывалась роль настоящаго паразита рака, каждый изъ описанныхъ возбудителей вызывалъ будто въ рукахъ своего изобрѣтателя экспериментально настоящія злокачественныя опухоли и, наконецъ, соотвѣтственно каждому изъ найденныхъ паразитовъ предпринимались попытки получить специфическія антираковыя сыворотки. На все это потрачено не мало труда, но съ грустью мы должны констатировать тотъ печальный фактъ, что ни одинъ изъ переименованныхъ выше изслѣдователей до сихъ поръ не представилъ намъ ни единаго научнаго доказательства въ пользу своего возбудителя, а потому слѣдуетъ признать, что, если и существуетъ инфекціонное начало злокачественныхъ опухолей, то мы его еще не знаемъ. Неудивительно поэтому, что послѣ того, какъ морфологи сдѣлали свое дѣло, а бактеріологія не могла помочь намъ въ выясненіи этиологіи злокачественныхъ опухолей, изслѣдователи стали искать иныхъ путей для рѣшенія столь важной и трудной задачи. Предстояло заняться изученіемъ біологическихъ сторонъ раковой клѣтки, которая, какъ я уже сказалъ, хотя морфологически почти ничѣмъ не отличается отъ обыкновенной эпителиальной клѣтки, но біологически уже а priori должна была рѣзко отъ нея отличаться. Первые успѣшныя шаги въ этомъ направленіи были сдѣланы *Jensen'омъ* въ Копенгагенѣ, изслѣдованіями котораго воспользовался геніальный франкфуртскій біологъ *Paul Ehrlich*, который своими экспериментами на животныхъ вывелъ, наконецъ, раковую клѣтку изъ состоянія „гистологическаго покоя“. Толчокъ, данный *Jensen'омъ*, возымѣлъ свое дѣйствіе, и въ трехъ специально устроенныхъ раковыхъ институтахъ Западной Европы, а именно берлинскомъ, въ лицѣ *v. Leyden'a*, франкфуртскомъ, въ лицѣ *Ehrlich'a* и лондонскомъ, въ лицѣ *Bashford'a* стала развиваться интенсивная экспериментальная работа въ области прививокъ раковыхъ опухолей животнымъ (бѣлымъ мышамъ, крысамъ, собакамъ). Уже по прошествіи пяти лѣтъ, нѣкоторые институты, какъ лондонскій, стали приводить въ своихъ отчетахъ опыты надъ 200.000 мышей. Если этой огромной работой

вопросъ объ этиологіи злокачественныхъ опухолей все-таки еще окончательно не рѣшенъ, то пути къ разрѣшенію самыхъ важныхъ сторонъ этой проблемы, а именно, возможности найти средства борьбы съ этими заболѣваніями, уже намѣчены и ждутъ своего окончательнаго разрѣшенія.

Въ то время какъ всѣ попытки перевить злокачественныя опухоли человѣка животнымъ, до обезьянъ включительно, окончились полной неудачей, мы за послѣдніе годы научились перевивать настоящія злокачественныя опухоли (ракъ и саркому) отъ одного животного другому того же вида, благодаря чему экспериментальныя изслѣдованія въ этой области сильно подвинулись впередъ и стали на твердую научную почву. До самаго послѣдняго времени хотя и знали о существованіи злокачественныхъ опухолей у животныхъ, но имъ не придавали особаго значенія, такъ какъ, во-первыхъ, ихъ считали относительной рѣдкостью, а во-вторыхъ, совершенно отрицали ихъ сходство съ человѣческими опухолями. Въ настоящее время никто больше уже не сомнѣвается въ томъ, что распространеніе злокачественныхъ опухолей въ царствѣ животныхъ имѣетъ такое же мѣсто, какъ среди людей и что опухоли эти у животныхъ по своему гистологическому строенію и отчасти клиническому теченію идентичны съ такими же у людей. Если съ одной стороны появленіе новообразованій у различныхъ животныхъ сильно колеблется, то съ другой стороны не существуетъ почти ни одного представителя животного царства, у котораго не встрѣчались бы злокачественныя новообразованія. У обезьянъ, тигра, льва, медвѣдя, собакъ, кошекъ, рогатаго скота, лошадей, морскихъ свинокъ, кроликовъ, крысъ, мышей, птицъ, рыбъ, лягушекъ описаны всевозможныя злокачественныя опухоли, которыя ничѣмъ не отличаются отъ человѣческихъ саркомъ, карциномъ или аденомъ. Интересно, что помимо различнаго предрасположенія различныхъ классовъ животныхъ къ злокачественнымъ опухолямъ (частое, напр., появленіе саркомъ у собакъ и очень рѣдкое пораженіе злокачественными опухолями у морскихъ свинокъ и кроликовъ), извѣстныя формы опухолей какъ бы специфичны для извѣстныхъ классовъ животныхъ; такъ, напр., у лошадей мы всегда почти встрѣчаемъ меланосаркомы, у крысъ саркомы, а у мышей аденокарциномы. Опухоли эти, въ особенности у мышей и крысъ, суть настоящія злокачественныя новообразованія и ими въ настоящее время повсюду пользуются для экспериментовъ. Найденная *Jensen'омъ* у бѣлой мыши опухоль, послужившая впослѣдствіи матеріаломъ для дальнѣйшихъ экспериментовъ не только въ Копенгагенѣ, но и въ Берлинѣ, Франкфуртѣ и Лондонѣ, имѣла строеніе альвеолярнаго рака и могла быть перевита въ 40 — 50% другимъ бѣлымъ мышамъ черезъ 19 поколѣній; съ большимъ трудомъ опухоль эта прививалась сѣрымъ мышамъ. Всѣ попытки перевить мышиный ракъ другимъ животнымъ, какъ-то: крысѣ, морской свинкѣ, кролику, собакѣ окончились у всѣхъ изслѣ-

дователей полной неудачей. Далѣе было найдено, что даже расовыя особенности животныхъ имѣютъ значеніе для удачной перевивки. Такъ, *Michaelis* могъ перевить мышиную опухоль, полученную имъ отъ *Jensen'a* изъ Копенгагена, только датскимъ мышамъ, въ то время какъ берлинскія мыши оказались невоспріимчивыми къ этой опухоли. Такія же наблюденія сдѣланы и съ норвежскими, англійскими и французскими мышами. Аденокарцинома бѣлой мыши, привезенной мною изъ Берлина, долгое время не могла быть мною перевита ни на московскихъ бѣлыхъ мышей, ни на другихъ животныхъ; и только черезъ годъ, послѣ того какъ опухоль прошла семь поколѣній берлинскихъ мышей, находившихся въ Москвѣ, мнѣ удалось перевить ее и на московскихъ въ такомъ же  $\frac{1}{10}$ -мъ отношеніи, какъ на берлинскихъ. Путемъ пассажа отъ одной мыши къ другой опухоли эти вмѣстѣ съ повышеніемъ вирулентности постепенно прививаются и другимъ расамъ, какъ это показали мои наблюденія. Однимъ изъ важныхъ и интересныхъ наблюденій, сдѣланныхъ впервые *Jensen'омъ*, долженъ считаться тотъ фактъ, что удачная прививка рака связана съ цѣлостью перевиваемыхъ раковыхъ клѣтокъ; при разрушеніи же послѣднихъ механическимъ путемъ, сильнымъ растираніемъ напр., въ ступкѣ, прививка опухоли не удастся. Кромѣ того, всѣми изслѣдователями было найдено, что послѣ подкожнаго введенія животному кусочка опухоли или эмульсіи изъ ея клѣтокъ, впрыснутый матеріалъ очень быстро рассасывается и только черезъ извѣстный промежутокъ времени (отъ 4—17 дней) обязательно на мѣстѣ впрыскиванія появляется небольшой узелочекъ величиною въ булавочную головку, который съ теченіемъ времени вырастаетъ въ большую опухоль, по вѣсу своему иногда превосходящую вѣсъ самой мыши. Такимъ образомъ, съ самаго начала экспериментальныхъ изслѣдованій были установлены два важныхъ, по моему, факта, а именно, что злокачественныя опухоли развиваются вначалѣ безусловно мѣстно и что онѣ обязаны своимъ происхожденіемъ исключительно раковой клѣткѣ, какъ таковой.

Клиника уже давно отмѣтила тотъ фактъ, что раковая опухоль въ молодомъ возрастѣ отличается особенно рѣзко выраженной злокачественностью: у такихъ больныхъ опухоль растетъ съ удивительною быстротою и кахексія появляется очень скоро. Эти клиническія наблюденія нашли блестящее подтвержденіе въ нашихъ экспериментальныхъ изслѣдованіяхъ. Впервые *Bashford* замѣтилъ, что прививка рака молодымъ мышамъ легче удастся, чѣмъ старымъ. Произведенныя мною параллельныя прививки рака, какъ молодымъ, такъ и старымъ животнымъ показали, что у молодыхъ мышей (въ возрастѣ отъ 6—8 недѣль) раковыя опухоли не только легче прививаются, т. е., процентъ заболѣваемости больше, но что опухоль быстрѣе растетъ и скорѣе достигаетъ гораздо большихъ размѣровъ, чѣмъ у пожилыхъ животныхъ.



При послѣдовательныхъ перевивкахъ раковыхъ опухолей у животныхъ *Ehrlich* и *Apolant* натолкнулись на очень интересное наблюдение. Ими было установлено, что, хотя прививаемая опухоль, проходя черезъ цѣлый рядъ поколѣній животныхъ и сохраняетъ свое первоначальное гистологическое строеніе, но въ нѣкоторыхъ отдѣльныхъ случаяхъ карцинома постепенно начинаетъ принимать характеръ саркомы: появляются саркоматозные тяжи, которые рѣзко отграничены отъ карциноматозныхъ образований, и такимъ образомъ получается типъ смѣшанной опухоли. При дальнѣйшихъ перевивкахъ карциноматозные тяжи постепенно исчезаютъ и получается чистая саркома. *Ehrlich* объясняетъ это явленіе тѣмъ, что раковыя клѣтки своимъ раздраженіемъ стромы вызываютъ размноженіе соединительно-тканыхъ клѣтокъ, которыя при постепенныхъ перевивкахъ усиливаются въ своей вирулентности и берутъ въ концѣ концовъ перевѣсъ надъ эпителиальными клѣтками раковой опухоли. Еще другой видъ перехода карциномы въ саркому описанъ недавно *Apolant'омъ*. Очень бѣдная стромой *carcinoma solidum* послѣ перевивки ея черезъ 85 поколѣній измѣнилась въ своей структурѣ: отдѣльныя альвеолы не были больше отграничены другъ отъ друга соединительно-тканной стромой и находящіяся на периферіи альвеолъ раковыя клѣтки постепенно приняли характеръ вытянутыхъ веретенообразныхъ клѣтокъ, такъ что гистологическая картина напоминала веретенообразно-клѣточную саркому. Аналогичный переходъ аденокарциномы въ саркому констатированъ и мною. На одномъ изъ моихъ препаратовъ можно видѣть, какъ аденокарцинома мыши послѣ перевивки ея на другую мышъ приняла характеръ саркомы: ядра клѣтокъ вытянуты въ длину, альвеолярное строеніе опухоли исчезло совершенно и тѣ же клѣтки, которыя окружаютъ оставшіяся еще *lumina*, образуютъ саркомовидную часть опухоли. У меня, какъ и въ описанномъ случаѣ *Apolant'a* „саркоматозныя“ клѣтки образовались не изъ стромы, какъ это большей частью бываетъ, а представляютъ какъ бы переходъ изъ раковыхъ клѣтокъ. Надо полагать поэтому, что мы здѣсь имѣемъ метаплазію раковыхъ клѣтокъ въ саркоматозныя. Интересно, что изъ полученныхъ такимъ образомъ смѣшанныхъ раково-саркоматозныхъ опухолей искусственно, а именно, нагрѣваніемъ опухоли до извѣстной температуры, можно выдѣлить отдѣльно какъ раковые, такъ и саркоматозные элементы, такъ что при дальнѣйшихъ перевивкахъ получается либо чистая саркома, либо чистая карцинома. Кромѣ того, *Apolant* нашелъ, что карцинома привитая полуиммунному животному вырастаетъ у него въ видѣ аденомы. Дальнѣйшія изслѣдованія показали, что предварительнымъ впрыскиваніемъ животному ослабленныхъ раковыхъ опухолей можно иммунизировать какъ противъ рака, такъ и противъ саркомы. Такимъ образомъ, благодаря всѣмъ этимъ новѣйшимъ экспериментамъ было установлено біологическое сходство карциномы съ саркомой.

Далѣе были изучены тѣ условія, при которыхъ прививки экспериментальныхъ опухолей удаются, и всевозможныя вліянія на ихъ ростъ, при чемъ какъ *Jensen*, такъ въ особенности *Ehrlich*, руководствуясь принципами бактеріологіи, подвергали раковыя клѣтки мышей такой же обработкѣ, какой подвергаются бактеріи при изученіи ихъ роста, равно и усиленія ихъ вирулентности. Изслѣдованіе *Jensen'a* показали, что въ то время какъ вырѣзанная опухоль, оставленная на сутки при  $t^0$   $37^0$  становится уже неспособной къ дальнѣйшимъ перевивкамъ, та же опухоль при комнатной  $t^0$  сохраняетъ свою способность къ перевивкѣ въ теченіе 12 дней, а при  $t^0$   $1-3^0$  даже до 18 дней. Вліяніе низкой температуры, какъ, напр.,  $-10^0$  въ теченіе 10 минутъ не оказываетъ никакого вліянія на раковыя клѣтки, но болѣе продолжительное дѣйствіе, какъ 30 минутъ, ихъ убиваетъ. Даже  $t^0$   $-18^0$  въ теченіе пяти минутъ могутъ выдержать раковыя клѣтки. Гораздо чувствительнѣе оказались эти опухоли къ болѣе высокимъ  $t^0$ . Такъ, пятиминутное дѣйствіе  $t^0$  въ  $47^0$  дѣлаетъ раковыя клѣтки уже неспособными къ дальнѣйшимъ перевивкамъ. *Ehrlich* получилъ въ этомъ направленіи еще болѣе поразительные результаты. По его изслѣдованіямъ, раковыя клѣтки оставались еще жизнеспособными для дальнѣйшихъ перевивокъ послѣ двухдневнаго пребыванія при  $t^0$   $-25^0$  и  $30^0$ , а въ одномъ случаѣ онъ могъ перевить опухоль послѣ того, какъ она въ теченіе двухъ лѣтъ подвергалась  $t^0$   $-8-10^0$ . Такая въ высокой степени выраженная резистентность раковыхъ клѣтокъ по отношенію главнымъ образомъ къ низкимъ температурамъ сразу отмѣчаетъ ту біологическую разницу, которая существуетъ между раковыми клѣтками и нормальными эпителиальными, равно и эмбриональными, ибо послѣднія по изслѣдованіямъ *Askanazy* могутъ выдержать  $t^0$   $1-3^0$  ниже нуля только въ продолженіе восьми дней. Изъ химическихъ средствъ  $\frac{1}{4}\%$  растворъ карболовой кислоты своимъ дѣйствіемъ въ теченіе 5 минутъ убиваетъ раковыя клѣтки и дѣлаетъ ихъ неспособными къ дальнѣйшимъ перевивкамъ: аналогичнымъ образомъ дѣйствуетъ, по изслѣдованіямъ *Michaelis'a*, и хлороформъ. Въ изученіи біологіи раковыхъ клѣтокъ *Ehrlich* пошелъ еще дальше. Послѣ того, какъ имъ было установлено, что не всѣ первичныя опухоли животныхъ одинаково легко прививаются другимъ животнымъ даже того же вида, естественно было предположить, что раковыя клѣтки различныхъ опухолей обладаютъ неодинаковой вредоносностью, т.е. вирулентностью. Но если мало вирулентную опухоль постепенно перевивать отъ одного животнаго на другое черезъ нѣсколько поколѣній, то оказывается, что вирулентность этихъ опухолей быстро усиливается, и такая опухоль прививается уже въ 100% и очень скоро достигаетъ въ своемъ ростѣ громадной величины. Такой же способъ усиленія вирулентности мы употребляемъ и въ бактеріологіи: стоитъ, напр., стрептококка нѣсколько разъ провести черезъ животный организмъ, какъ культура его становится на много ядовитѣе.

Эта возможность искусственного усиленія вирулентности раковыхъ клѣтокъ сыграла въ дальнѣйшемъ, въ особенности при изученіи иммунитета опухолей большую роль, такъ какъ благодаря этому явилась аналогичная возможность искусственного ослабленія вирулентности этихъ клѣтокъ. Мы видимъ, такимъ образомъ, что какъ по отношенію къ дѣйствию на опухоли термическихъ и химическихъ раздражителей, такъ и по отношенію къ возможности усиленія ихъ вирулентности путемъ пассажей черезъ животныя, раковыя клѣтки могутъ быть отождествляемы съ бактеріальными началами.

Уже первыя экспериментальныя изслѣдованія показали, что воспріимчивость животныхъ къ злокачественнымъ опухолямъ находится въ зависимости отъ такихъ незначительныхъ факторовъ, какъ, напр., питательный режимъ. Чтобы выяснить причину такой естественной невоспріимчивости къ опухолямъ, *Ehrlich* предпринялъ рядъ опытовъ съ перевивкой мышинаго рака крысамъ. Прививки эти, какъ извѣстно, не удаются, но мышиная опухоль въ первые дни вызываетъ у крысы такія же явленія роста, какъ у мыши и достигаетъ даже величины миндаля. Дальнѣйшее теченіе роста опухоли показываетъ, однако, что въ то время, какъ у мыши опухоль растетъ дальше, у крысы же она постепенно начинаетъ разсасываться. Если же мы на высотѣ развитія опухоли у крысы возьмемъ у нея кусочекъ и переведемъ мыши, то у послѣдней образуется вполне типичная прогрессирующая въ своемъ ростѣ опухоль; кусочекъ изъ той же крысиной опухоли, привитый другой крысѣ, не прививается совершенно и не даетъ никакихъ слѣдовъ роста. *Ehrlich* далъ слѣдующее объясненіе найденнымъ имъ фактамъ. Въ организмѣ мыши находится особое X — вещество, которое благопріятствуетъ росту опухоли, у крысы же это вещество отсутствуетъ. При перевивкѣ опухоли отъ мыши къ крысѣ переносится часть этого вещества, чѣмъ и объясняется развитіе опухоли у крысы въ первое время. Позже, когда все X — вещество уже израсходовано, ростъ опухоли прекращается и послѣдняя разсасывается. Перевивка же опухоли на высотѣ ея развитія у крысы другой крысѣ совершенно не удается вслѣдствіе полного отсутствія это X — вещества у крысы, но въ виду наличности этого вещества у мыши та же прививка отъ крысы къ мыши удается. Эта невоспріимчивость, зависящая отъ отсутствія въ организмѣ особыхъ питательныхъ веществъ, названа *Ehrlich'омъ* атрептической. Атрепсіей *Ehrlich* объясняетъ невозможность вторично привить даже вирулентную опухоль животному, у котораго уже имѣется развитая опухоль; первая опухоль какъ бы забираетъ все X — вещество. Кромѣ врожденной сопротивляемости животнаго организма къ злокачественнымъ опухолямъ, мы въ послѣднее время научились вызывать у животныхъ и искусственный иммунитетъ, и притомъ какъ пассивный, такъ и активный. Здѣсь мы снова встрѣчаемся съ применениемъ принципа бактеріологіи, заключающемся въ томъ что пред-

варительной прививкой маловирулентного матеріала можно вызвать невосприимчивость къ болѣе вирулентному.

Уже клиническія наблюденія, указывающія на то, что раки сравнительно рѣдко даютъ переносы по кровяному току, не смотря на довольно частое вращаніе опухоли въ вены, должны были навести изслѣдователей на мысль, что кровь раковыхъ больныхъ должна обладать защитительными силами противъ новообразованій. И дѣйствительно, экспериментальныя изслѣдованія послѣдняго времени принесли намъ не мало доказательствъ въ пользу этого предположенія. Возможность иммунизации противъ злокачественныхъ опухолей впервые была установлена *Jensen'омъ* у мышей, *Sticker'омъ* у собакъ и *Loeb'омъ* у крысъ. Опыты эти съ несомнѣнностью доказали, что животный организмъ въ состояніи пріобрѣсти активную и пассивную невосприимчивость по отношенію къ злокачественнымъ опухолямъ, какъ этого онъ достигаетъ при заразныхъ болѣзняхъ \*). Опыты *Sticker'a* съ вторичными прививками саркомы собакамъ установили, во 1-хъ, что у этихъ животныхъ развивается общая невосприимчивость, мѣшающая дальнѣйшему росту саркоматозныхъ клѣтокъ въ любомъ мѣстѣ организма при вторичной прививкѣ, и во 2-хъ, что невосприимчивость эта обнаруживается при произвольномъ излѣченіи мѣстно ограниченной опухоли. Развитіе невосприимчивости возможно не только при образованіи мѣстнаго новообразованія, но и при введеніи непосредственно въ кровь жизнеспособныхъ раковыхъ клѣтокъ, которыя, будучи введены въ кровяное русло, погибаютъ безъ образованія въ организмѣ опухоли и всегда вызываютъ при этомъ у животного полную невосприимчивость. Сколько-бы мы ни прививали опухоли животнымъ, у которыхъ произошло произвольное излѣченіе рака, никогда не удастся заразить ихъ вторично. Мало того: по опытамъ *Gaylord'a*, *Clowes'a* и *Baeslack'a* сыворотка такихъ животныхъ можетъ обусловить разсасываніе небольшихъ и остановку роста большихъ опухолей у другихъ животныхъ. Другими словами, сыворотка излѣченныхъ животныхъ обладаетъ активно иммунизирующими веществами; а что здѣсь мы имѣемъ дѣло съ настоящей иммунизацией, доказывается тѣмъ, что при вторичной прививкѣ излѣченные животные никогда не заболѣваютъ.

Въ самое послѣднее время, благодаря работамъ *Schöne* и *Bashford'a*, намѣченъ и другой путь для достиженія невосприимчивости: этими авторами доказано, что предварительное введеніе въ организмъ животного эпителиальной или зародышевой ткани или жидкой крови того же вида животного вызываетъ невосприимчивость къ злокачественнымъ новообразованіямъ. *Levin* получалъ у крысъ до 65% невосприимчивости, если онъ предварительно впрыскивалъ имъ нормаль-

---

\*) Интересно, что по изслѣдованіямъ *Ehrlich'a* саркома вакцинируетъ противъ карциномы и наоборотъ — такимъ образомъ мы видимъ здѣсь явленія пассивного иммунитета.

ную крысиную кровь. Аналогичные результаты я получилъ у бѣлыхъ мышей при иммунизации ихъ жидкой мышиною кровью. Опыты эти даютъ указанія на то, въ какомъ направленіи слѣдуетъ искать причины врожденной и пріобрѣтенной невосприимчивости къ злокачественнымъ опухолямъ. Очевидно, что она находится и въ зависимости отъ крови, и *Levin* совершенно справедливо называетъ ее „Blutimmunität.“.

Если сопоставить найденныя за послѣднее время экспериментальныя данныя съ извѣстными клиническими наблюденіями, доказавшими съ несомнѣнностью возможность самоизлѣченія рака у человѣка, то мы поневолѣ должны притти къ заключенію, что человѣческій организмъ можетъ справиться съ оставшимся въ его тѣлѣ злокачественнымъ новообразованіемъ, доказательствомъ чего могутъ служить тѣ экспериментальныя изслѣдованія, которыя установили возможность пріобрѣтенія какъ пассивной, такъ и активной невосприимчивости къ раку у животныхъ. Такія животныя послѣ произвольнаго излеченія у нихъ опухоли не только остаются невосприимчивыми ко вторичному зараженію, но кровь ихъ пріобрѣтаетъ даже цѣлительныя *resp.* цитолитическія свойства по отношенію къ опухолямъ. Хотя всѣ попытки изслѣдователей доказать присутствіе въ крови раковыхъ больныхъ и животныхъ настоящихъ антитѣлъ и не увѣнчались еще успѣхомъ, но опыты *v. Dungern'a* который показалъ, что можно получить антитѣла въ видѣ цитотоксиновъ противъ эпителиальныхъ клѣтокъ трахеи, заставляютъ насъ съ большою вѣроятностью принять возможность образованія такихъ же антитѣлъ въ видѣ цитолизиновъ и при злокачественныхъ новообразованіяхъ.

Вопросъ объ образованіи антитѣлъ у животныхъ больныхъ злокачественными опухолями подвергся дальнѣйшей разработкѣ въ изслѣдованіяхъ *Gay'a*, *Uhlenhuth'a* и *моихъ*. *Gay* констатировалъ присутствіе антитѣлъ въ крови раковыхъ животныхъ, пока опухоли у такихъ животныхъ не дали еще метастазовъ. *Uhlenhuth* и его сотрудники показали, что крысы, у которыхъ экстирпировались опухоли въ первые три недѣли послѣ прививки, остаются иммунными къ послѣдующимъ прививкамъ, и на основаніи этого приходятъ къ заключенію, что въ организмѣ такихъ животныхъ образуются антитѣла. Мои изслѣдованія, производившіяся въ теченіе четырехъ лѣтъ въ лабораторіи Ново-Екатерининской больницы, показали, что продукція антитѣлъ при злокачественныхъ опухоляхъ, по всей вѣроятности, происходитъ въ селезенкѣ. Изучая роль селезенки въ иммунитѣ при опухоляхъ, я прежде всего натолкнулся на тотъ фактъ, что селезеночная ткань, будучи впрыснута нормальному животному, обладаетъ въ сравненіи съ другими тканями самой сильной способностью иммунизировать животныхъ противъ злокачественныхъ опухолей. Съ другой стороны нѣкоторыя клиническія наблюденія, подтвержденныя патолого-анатомическими вскрытіями, а именно, что селезенка чрезвычайно рѣдко

бываетъ поражена метастазами, даже при общемъ карциноматозѣ, еще больше подкрѣпили меня въ убѣжденіи, что селезеночная ткань обладаетъ особенными свойствами разрушать раковыя клѣтки, занесенныя изъ другихъ органовъ въ селезенку. Какъ бы въ подтвержденіе этому служатъ экспериментальныя изслѣдованія, доказывающія, что эмбриональная ткань, такъ близко стоящая къ опухолямъ, будучи пересажена въ селезенку, погибаетъ тамъ, между тѣмъ какъ та же ткань, пересаженная въ другіе органы (печень, мускулы, почки etc.), продолжаетъ тамъ расти и нерѣдко даетъ тератоидныя образованія. Далѣе, исходя изъ того положенія, что раковая клѣтка по отношенію къ животному организму должна рассматриваться какъ паразитъ и что слѣдовательно селезенка будетъ реагировать на внѣдреніе раковыхъ клѣтокъ, какъ на внѣдреніе микроорганизмовъ вообще, я поставилъ рядъ опытовъ съ экстирпаціей селезенки и послѣдующей прививкой такимъ спленэктомированнымъ животнымъ раковыхъ опухолей. По аналогіи съ другими инфекціями и въ этихъ моихъ опытахъ оказалось, что безселезеночныя животныя очень часто гибнутъ послѣ прививки имъ разнородныхъ опухолей. Но самымъ вѣскимъ основаніемъ для предположенія, что антитѣла при ракѣ образуются въ селезенкѣ, послужили для меня изслѣдованія изъ области бактериологіи *Pfeiffer'a*, *Marx'a*, *Deutsch'a* и другихъ. Этими авторами было установлено, что кроветворные органы (селезенка, костный мозгъ, лимфатическія железы), а изъ нихъ на первомъ мѣстѣ селезенка, должны быть рассматриваемы какъ главные мѣста образованія антитѣлъ при инфекціонныхъ заболѣваніяхъ. Если впрыскивать животному культуру холерныхъ или тифозныхъ палочекъ, то можно убѣдиться въ томъ, что при постепенномъ увеличеніи образованныхъ соотвѣтствующихъ антитѣлъ послѣднія находятся въ селезенкѣ въ гораздо большемъ количествѣ, чѣмъ въ циркулирующей крови; такія соотношенія бывають въ первые 2 — 3 дня, черезъ нѣкоторое время кровь становится богаче антитѣлами и въ селезенкѣ ихъ находятъ уже въ ничтожномъ количествѣ. Если убивать животныхъ въ различные періоды послѣ впрыскиванія имъ бактеріальныхъ культуръ, то можно уже черезъ 24 часа найти слѣды антитѣлъ въ селезенкѣ въ то время, какъ сыворотка крови ихъ еще не содержитъ. Если черезъ 4 — 5 дней послѣ впрыскиванія культуръ удалить у такихъ животныхъ селезенку, то этимъ значительно нарушается образованіе антитѣлъ въ организмѣ. Предполагая, что и при ракѣ образованіе антитѣлъ, какъ и при другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ, происходитъ въ селезенкѣ, я сдѣлалъ попытку лѣчить злокачественныя опухоли мышей и крысъ антитѣлами, добытыми изъ селезенки соотвѣтствующихъ животныхъ послѣ предварительной ихъ иммунизации противъ опухолей. Результаты лѣченія по этому способу оказались вполне удовлетворительными: такъ напр., въ одномъ рядѣ опытовъ изъ 20 бѣлыхъ мышей съ опухолями (сарциома) 3 погибли во время

впрыскиванія, а изъ 17 оставшихся у 6 мышей опухоли величиной въ лѣсной орѣхъ и больше совершенно разсосались, а у 3-хъ остановились въ ростѣ. Изъ 11 крысъ съ саркомами (въ другомъ рядѣ опытовъ) 4 погибли во время впрыскиванія, а изъ 7 оставшихся у 6 опухоли, доходившія до величины сливы, совершенно разсосались. Мои изслѣдованія недавно были повторены въ Берлинскомъ раковомъ институтѣ проф. *Lewia*'омъ и *Metdner*'омъ и нашли тамъ полное подтвержденіе. Изъ 33 саркомъ у крысъ этимъ авторамъ удалось при помощи лѣченія антитѣлами, добытыми изъ селезенки по моему способу, въ 16 случаяхъ достигнуть полного излѣченія, а въ 11 случаяхъ очень значительнаго уменьшенія опухолей. Мы видимъ такимъ образомъ, что благодаря моимъ экспериментамъ съ селезенкой, съ одной стороны, косвеннымъ образомъ подтверждается возможность образованія въ организмѣ антитѣлъ при ракѣ, а съ другой стороны является надежда аналогичными способами примѣнять лѣченіе антитѣлами и у раковыхъ больныхъ.

Еще на одно интересное наблюденіе, встрѣчающееся и при другихъ инфекціонныхъ заболѣваніяхъ, мнѣ хотѣлось бы указать, а именно, на реакцію анафилаксіи. *Dungern* нашелъ, что кроликъ, получившій разъ прививку заячьей фибросаркомы, реагируетъ на вторичную прививку очень сильно, обнаруживая при этомъ рѣзкій диффузный отекъ на мѣстѣ вторичной прививки. Это даже дало поводъ ему испытать эту реакцію анафилаксіи на раковыхъ больныхъ, которымъ онъ впрыскивалъ подъ кожу эмульсію изъ раковой опухоли нагрѣтой до 60°, при чемъ получались сильныя реактивныя явленія въ видѣ красноты и отека на мѣстѣ впрыскиванія, наподобіе реакціи *Pinquet*'а.

Итакъ, мы видѣли, что съ одной стороны экспериментальныя изслѣдованія послѣднихъ лѣтъ подтвердили имѣвшіяся уже у насъ клиническія и паталого-анатомическія наблюденія, доказавъ, что злокачественныя новообразованія должны быть причислены безусловно къ болѣзнямъ мѣстнымъ, что строма въ раковыхъ опухоляхъ не играетъ никакой роли при ихъ возникновеніи, что раковыя клѣтки, какъ таковыя, играютъ главную роль при этой болѣзни и принимаютъ на себя функцію какъ бы паразитовъ и что молодой организмъ болѣе сильно реагируетъ на злокачественныя опухоли, а потому болѣзнь эта въ молодомъ возрастѣ протекаетъ болѣе злокачественно, чѣмъ въ пожиломъ. Съ другой стороны тѣ же экспериментальныя изслѣдованія внесли много новыхъ фактовъ въ ученіе о злокачественныхъ опухоляхъ. Они доказали намъ возможность перехода карциномы въ саркому, возможность перехода при извѣстныхъ условіяхъ злокачественной аденокарциномы въ доброкачественную аденому и, наконецъ, возможность вызвать въ животномъ организмѣ какъ пассивный такъ и активный иммунитетъ, равно и явленія анафилаксіи, какъ и при другихъ инфекціонныхъ болѣзняхъ. Изъ всего сказаннаго можно, по моему, сдѣлать два важныхъ вывода. Во - пер-

выхъ, такъ какъ злокачественное новообразованіе болѣзни чисто мѣстная, то всѣ наши стремленія должны быть направлены на выработку методовъ самаго ранняго діагностированія этой болѣзни, чтобы дана была возможность еще до распространенія раковыхъ клѣтокъ по лимфатическимъ путямъ мѣстно же, т.-е. хирургическимъ путемъ удалить опухоль. Второй не менѣе важный выводъ сводится къ слѣдующему. Не подлежитъ сомнѣнію, что организмъ животнаго и человѣка обладаетъ особыми силами, какъ естественными, такъ искусственными защитительнаго характера для борьбы съ злокачественными опухолями, хотя природа этихъ силъ, какъ я уже сказалъ, въ точности еще не выяснена. И если мы съ одной стороны въ состояніи простымъ и вѣрнымъ образомъ предохранять различныхъ животныхъ отъ заболѣванія злокачественными опухолями, а съ другой стороны антитѣлами даже возможно достигнуть у больныхъ животныхъ полнаго рассасыванія опухоли, то я не вижу никакого повода, почему аналогичныхъ результатовъ нельзя будетъ въ будущемъ достигнуть и у человѣка, дабы способствовать болѣе успѣшному лѣченію раковыхъ больныхъ и не хирургическимъ путемъ. Въ этомъ направленіи мы должны дальше работать, благо—пути уже не только намѣчены, но и отчасти проложены!

---



### Случай дифтерійной плевропневмоніи \*).

Изъ числа инфекціонныхъ заболѣваній воспаленіе легкаго занимаетъ одно изъ первыхъ мѣстъ по количеству и частотѣ наблюдаемыхъ случаевъ. Этиологія этого заболѣванія, нерѣдко принимающаго характеръ эпидеміи, представляется различной, но наичаще возбудителемъ его является *diplococcus lanceolatus*, описанный *Frenkel'емъ* въ 1886 году. Стафило- и стрептококки значительно рѣже являются возбудителями пневмоніи Изъ палочковидныхъ микроорганизмовъ, если не считать *b. tuberculosis*, наичаще этиологическимъ моментомъ являются *b. Friedlander'a*, *Pfeiffer'a* и *b. typhi abd.* Точно такъ же *b. anthracis* et *b. pestis* могутъ вызывать воспаленіе легкаго; вотъ, собственно, и всѣ обычные возбудители этого заболѣванія.

Большую рѣдкость представляютъ другіе микроорганизмы, какъ *meningococcus* (*Birnheim, Wright*), *b. pyocyaneus* и особенно *b. diphteriae*.

Дифтерійный бациллъ открытъ *Klebs'омъ* въ 1884 г., и съ тѣхъ поръ въ литературѣ имѣются только единичные случаи дифтерійной пневмоніи, и то относящіеся къ дѣтскому возрасту, къ случаямъ запущеннаго дифтерита гортани. Случаи же первичнаго пораженія легкаго представляютъ большую рѣдкость. Просматривая литературу послѣднихъ 15 лѣтъ, мнѣ не удалось найти ни одного случая первичнаго дифтерійнаго воспаленія легкаго у взрослыхъ.

Въ виду этого я и позволяю себѣ описать подобный случай, наблюдавшійся въ 1910 году въ терапевтической клиникѣ Ново-Екатерининской больницы.

24/ix. Больная Наталья И., 28 л., обратилась въ клинику съ жалобой на рѣзкую слабость, жаръ, кашель, сильную боль въ правомъ боку. Заболѣла числа 8/ix. Больная крестьянка Смоленской губ., гдѣ и живетъ постоянно (въ Москву пріѣхала на побывку къ мужу), занимаясь крестьянствомъ. Столъ имѣетъ плохой, жилое помѣщеніе — изба, работа тяжелая (пашеть). Спиртныхъ напитковъ не пьетъ, не куритъ. Отдыхъ ночной — зимой часовъ 12, лѣтомъ 4—5 ч. Замужемъ 11 лѣтъ, имѣетъ 4 дѣтей. Выкидышей не было. Со стороны наслѣдственности отмѣтимъ алкоголизмъ отца, умершаго 75 л. стѣ

---

\*) Демонстрированъ на конференціи врачей Ново-Екатерининской больницы.

острой инфекции. Матери сейчас 70 л.—еще бодрая и крѣпкая старушка. У больной 3 сестры и 2 брата—всѣ люди хорошаго здоровья. Никакихъ указаній на tbc, lues, злокачественныя новообразованія и психическія заболѣванія у кого-либо изъ родственниковъ больной не имѣется.

Наша больная росла крѣпкимъ, здоровымъ ребенкомъ; изъ дѣтскихъ заболѣваній перенесла только корь, на 8-мъ году, въ очень легкой формѣ. Крови пришли 15 л. и до замужества ходила правильно, безъ боли.

17 лѣтъ больная вышла замужъ. Вскорѣ появились бѣли. Черезъ годъ послѣ замужества были 1-е роды—легкіе, но сопровождавшіеся послѣродовымъ заболѣваніемъ, длившимся недѣль 6 (жаръ, знобъ, поты). Поправившись, больная черезъ 1½ года снова родить, и также съ послѣдующимъ послѣродовымъ заболѣваніемъ, 3 и 4 роды прошли благополучно. Послѣ 1-хъ родовъ крови стали ходить не такъ правильно, и количество бѣлей рѣзко увеличилось, временами закладывало мочу и бывала рѣзь при мочеиспусканіи. Больная много лѣчилась (спринцеваніемъ, смазываніемъ полости матки и пр.), и временами всѣ эти явленія стихали, но совершенно не проходили. За послѣдніе 2 года больная отмѣчаетъ болѣзненность coitus'a и общее значительное похуданіе и упадокъ силъ.

Другихъ болѣзней, до настоящаго времени у больной не было.

Настоящее заболѣваніе, по словамъ больной, началось 8/ix внезапнымъ рѣзкимъ знобомъ. Сильно болѣла голова, и появился сухой, частый кашель. Горло не болѣло и глотаніе не было болѣзненнымъ или затрудненнымъ. Дважды было сильное носовое кровотеченіе безъ видимой причины. Рвоты не было. Вскорѣ знобъ смѣнился сильнымъ жаромъ и появилась рѣзкая слабость. Прележавъ дня два, больная попробовала встать, перемогалась день, два, но слабость продолжала усиливаться, жаръ не прекращался и больная окончательно слегла. Недѣли двѣ явленія не измѣнялись: головная боль оставалась также интенсивной, чрезвычайно болѣзненный кашель сопровождался скуднымъ количествомъ (2—3 плевка въ день) кровянистой мокроты. 18/ix присоединились, рѣзкія боли въ правомъ боку, и бывшая небольшая одышка усилилась до крайности, больная могла только покойно сидѣть, такъ какъ малѣйшая попытка движенія вызывала усиленіе тягостной одышки. Болѣзненность кашля также увеличилась, но количество мокроты оставалось прежнимъ. Больная особенно подчеркиваетъ состояніе сильнѣйшей слабости. Знобъ прекратился и смѣнился ежедневными ночными потами. Всѣ эти явленія очень медленно стихали, и больная, поступивъ 24/ix въ клинику, уже могла лежать на спинѣ. Лежать же на правомъ боку больная не могла (изъ-за болей).

*Status praesens*, собранный въ день поступленія. Больная хорошаго сложенія, но ослабленнаго питанія, румянецъ щекъ рѣзче выраженъ съ правой стороны. Положеніе вынужденное на лѣвомъ боку съ высокоприподнятыми подушками. Объективно замѣтная одышка—48 въ минуту поверхностныхъ дыханій. Частый кашель съ плохо отдѣляющейся мокротой, тягучей, янтарно-желтаго цвѣта, консистенціи яичнаго бѣлка. При стояніи на слоѣ не распадается, безъ запаха. Насморка нѣтъ (не было и передъ заболѣваніемъ). Полость зѣва чиста, не гиперемирована. Миндалины нормальны. Типъ дыханія—верхне-реберный; правая половина отстаётъ при дыханіи, особенно сзади, гдѣ межреберья сглажены, и бокъ кажется нѣсколько распертымъ. Дыханіе болѣзненно; явленій стеноза гортани нѣтъ никакихъ. При надавленіи на межреберья по l. axillar. med. et post. dextr. рѣзкая чувствительность и тутъ же легкій шумъ тренія плевры. Стояніе лѣваго легкаго нормально. Перкуторныя данныя праваго легкаго: спереди притупленіе начинается съ 5-го ребра, а сзади со середины лопатки. Усиленіе fremitus vocalis'a наблюдается на уровнѣ нижней половины лопатки, а подъ ней онъ рѣзко ослабленъ. Въ области усиленія fremitus'a рѣзкое бронхиальное дыханіе, а въ одномъ мѣстѣ тотчасъ ниже угла лопатки къ бронхиальному дыханію примѣшивается оттѣнокъ амфорическаго. Въ области ослабленія fremitus'a проводится очень слабо бронхиальное дыханіе. По l. axil. med. также бронхиальное дыханіе. Въ области бронхиальнаго дыханія всюду прослушиваются въ большемъ количествѣ хрипы и крипитация. Въ лѣвомъ легкомъ—всюду жестковатое дыханіе. Пораженія верхушекъ не имѣется. На боли въ области сердца больная не жалуется. Границы

сердца: правое по срединѣ грудины, лѣвое по 1. mamillar. Тоны чисты, пульсъ 132 въ минуту—дикротичный, очень слабаго наполненія, ритмичный. Сосуды мягки.

Со стороны органовъ пищеваренія отмѣтимъ плохой аппетитъ, жажду, пустую отрыжку и боли подъ ложечкой, появляющіяся временами, независимо отъ приѣма пищи. Объективныхъ уклоненій отъ нормы, за исключеніемъ болѣзненности plexus solaris,—нѣтъ. Запоры дня по 4—5 за болѣзь, потому животъ нѣсколько вздутъ. Foetor ex ore. Языкъ сухъ и рѣзко обложенъ бѣловатымъ налетомъ. Глотаніе свободное, безболѣзненно.

Печень и селезенка (также и лимфатическія железы) не увеличены. Мочейспусканіе безболѣзненно. Моча слегка мутна, уд. в. 1030, насыщеннаго цвѣта, рѣзко кислой реакціи. Бѣлокъ — слѣды (реакція положительна только съ сульфо-кислотами). Ацетона, сахара, діазореакціи—нѣтъ. Ясно выраженъ индиканъ и особенно рѣзко уробилинъ. Подъ микроскопомъ много солей мочевой кислоты и плоскаго эпителія мочевыводящихъ путей. Значительное количество левкоцитовъ группами, эритроцитовъ и слизи.

Со времени настоящаго заболѣванія кровянистыя бѣли въ значительномъ количествѣ. Регулы ходятъ правильно. При гинекологическомъ изслѣдованіи, произведенномъ д-ромъ Н. О. Медвѣдковымъ, найдено: увеличенная плотная матка, и увеличенные болѣзненные яичники и трубы. (Endometritis et salpingoophoritis duplex).

Со стороны нервной системы особыхъ уклоненій нѣтъ. Рефлексы нормальны. Сонъ плохой—отъ высокой температуры; рѣзкая головная боль и головокруженіе при попыткѣ перемѣнить положеніе. Мышцы, кости и суставы неболѣзненны.

Изслѣдованіе крови: Нв. по Говерсу 60%. Эритроцитовъ 3.400.000. Левкоцитовъ 2.670. Ихъ формула: 54% полинуклеаровъ, 10% переходныхъ, 21% мононуклеаровъ и 11% (малыхъ) левкоцитовъ, 4% эозинофиловъ; t° 38,6.

Дальнѣйшее теченіе (изъ дневника привожу въ сокращеніи):

25/ix t° 38,4 утромъ—39 вечер. Пульсъ 140. Дыханіе 48. Мокроты за сутки 4—5 столовыхъ ложекъ; она своеобразной консистенціи и цвѣта, тягучая, однородная, безъ запаха. Подобной мокроты не приходилось видѣть. По своей консистенціи она подходитъ къ сырому бѣлку яйца, но значительно болѣе вязкая, въ зависимости отъ чего отхаркивается съ большимъ трудомъ. Цвѣтъ янтарно-желтый, какъ желчь. На слои при стояннѣ не распадается. При изслѣдованіи подъ микроскопомъ среди слизи и небольшого количества левкоцитовъ найдена масса палочекъ, почти въ чистой культурѣ (немного красящихся по Грамму кокковъ). По своему виду и расположенію онѣ очень напоминали собой b. Löffler'a, почему тотчасъ и были окрашены по Нейсеру и дали специфическую окраску: желтая палочка съ черными зернышками по концамъ. По Грамму также красятся. Такая рѣдкая находка, хотя и бактеріоскопически b. Löffler'a была внѣ сомнѣнія — заставила особенно тщательно отнестись къ ней, прежде чѣмъ приступить къ специфической терапіи. Мокрота была привита на Леффлеровскую сыворотку.

26/ix t° 37,8—39. Пульсъ 130. Дыханіе 48. Положеніе попрежнему. Мокроты не много и также съ трудомъ отхаркивается. Объективныя данныя—безъ измѣненія. На Леффлеровской сывороткѣ выросла палочка, тождественная съ дифтерійной. Сдѣланы посѣвы на разныя питательныя среды (агаръ, бульонъ, молоко, желатина и др.).

27/ix t° 37,8—38,8. Пульсъ 120. Дых. 48. Боли и одышка попрежнему. Слабитъ съ клизмой. Объективно — тоже. Больной впрыснуто 3000 ед. антидифтерійной сыворотки, такъ какъ культуры, выросшія на средахъ, не оставляли болѣе сомнѣнія, что здѣсь мы имѣемъ дѣло съ истинно-дифтерійной палочкой. (Культура этой палочки впрыснута была въ дальнѣйшемъ морскимъ свинкамъ и вызвала типичныя явленія дифтеріи).

28/ix t° 37,2—38,7. Пульсъ 96. Дых. 40. Боли значительно меньше. Шумъ тренія плевры исчезъ. Крепитациі меньше, а влажныхъ хриповъ значительно больше и размѣръ ихъ крупнѣе.

29/ix t° 37,3—38,8. Пульсъ 108. Дых. 36. Мокроты выдѣляется больше, и консистенція ея нѣсколько жиже. Подъ микроскопомъ: масса дифтерійныхъ палочекъ и единичные диплококки. Въ мазкѣ изъ горла не обнаружено дифтерійныхъ палочекъ. Объективно—количество хриповъ велико.

30/ix t° 37,3—38,3. Пульсъ 108. Дых. 34. Впрыснуто еще 4000 ед. антидифтерійной

сыворотки. Изъ слизи, взятой изъ глотки, на свернутой сывороткѣ выросло только 2 колоніи дифтерійныхъ палочекъ.

1/x t<sup>o</sup> 37,2—37,9. Пульсъ 96. Дых. 32. Самочувствіе много лучше. Болѣзненность кашля исчезла. Больная свободно лежитъ на обоихъ бокахъ. Крепитация держится только по 1. axil. med. Масса влажныхъ хриповъ. Подъ лопаткой притупленіе и ослабленіе fremitus'a. Тутъ сдѣланъ пробный проколъ: добыто 10—12 кб. цент. кровянистаго экссудата содержащаго большое количество полинуклеаровъ. Изслѣдованіе крови: Нв. по Говерсу 65<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. Эритроцитовъ 4.000.000. Левкоцитовъ 3.910. Формула ихъ: Полинуклеаровъ 50<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. Переходныхъ 10<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. Мононуклеаровъ 16<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. Лимфоцитовъ (малыхъ) 15<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. Эозинофиловъ 9<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. Данныя изслѣдованія мочи сходны съ первоначальными.

2/x t<sup>o</sup> 37,2—37. Пульсъ 96. Дых. 26. Самочувствіе хорошее. Появляется аппетитъ. Мокроты меньше, она жиже и содержитъ меньше пигмента. Потовъ нѣтъ. Глотать не больно. Шейныя железы не увеличены и подчелюстные также. Изъ экссудата, поставленнаго на разныя среды, выросъ диплококкъ, красящійся по Грамму, и b. Löffler'a.

3/x t<sup>o</sup> 37—37,5. Пульсъ 96. Дых. 26. Самочувствіе значительно лучше.

4/x t<sup>o</sup> 37,3—38,7. Пульсъ 120. Дых. 36. Чувствуетъ себя хуже. Объективно—хрипы почти исчезли, но крепитация по 1. axil. упорно держится. Притупленіе подъ лопаткой не проясняется. Бронхіальнаго дыханія нѣтъ или едва слышно. Сдѣланъ повторно пробный проколъ и на этотъ разъ добыто 15—18 к. ц. гноя. (Полинуклеары).

5/x t<sup>o</sup> 37,7—38,8. Пульсъ 108. Дых. 30. Отъ резекціи ребра больная категорически отказалась. Количество мокроты продолжаетъ уменьшаться. Уменьшилось и количество бѣлей, въ которыхъ также былъ найденъ b. Löffler'a. Эритроцитовъ въ мочѣ больше нѣтъ.

6/x t<sup>o</sup> 37,6—38,7. Пульсъ 108. Дых. 28. Сонъ все время хорошій. Аппетитъ достаточный. Кашля значительно меньше. Не рѣзкія явленія сывороточной болѣзни: зудъ, эритема, уртикарія.

7/x t<sup>o</sup> 37,5—38.

8/x t<sup>o</sup> 36,8—37,5.

9/x t<sup>o</sup> 36,6—37. Пульсъ 96. Состояніе хорошее, и въ дальнѣйшемъ t<sup>o</sup> больше не повышалась. Аускультативныя явленія къ 10/x сводились къ небольшому количеству хриповъ на уровнѣ середины лопатки. Притупленіе подъ лопаткой значительно прояснилось. Пробный проколъ, сдѣланный 16/x, не давалъ указаній на присутствіе гноя. Притупленіе подъ лопаткой значительно прояснилось, 18/x вторично сдѣланъ пробный проколъ, также не давшій указаній на присутствіе экссудата. Проводимость дыханія возрастала. Fremitus усиливался и сдѣлался нѣсколько рѣзче, чѣмъ на лѣвой сторонѣ. Неоднократно повторялось изслѣдованіе крови, дававшее почти тождественные результаты. Нв. по Говерсу 68<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. Эритроцитовъ 4.210.000. Левкоцитовъ 3720. Многоядерныхъ 46<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. Переходныхъ 20<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. Мононуклеаровъ 17<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. Малыхъ лимфоцитовъ 11<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. Эозинофиловъ 6<sup>o</sup>/<sub>o</sub>.

Въ дальнѣйшемъ больная продолжала поправляться и 22/x выписалась по своему желанію со слѣдующими объективными измѣненіями: скудное количество крепитирующихъ хриповъ на уровнѣ середины лопатки, ослабленіе дыханія и усиленіе fremitus pectoralis подъ лопаткой. Самочувствіе, аппетитъ и силы — хорошіе. Пульсъ 72, кашля нѣтъ.

Клиническая картина настоящаго заболѣванія уже по первому взгляду представляла много особенностей, несоотвѣтствующихъ обычно плевропневмоніи, даже въ ея тяжелой формѣ. Особенно бросалась въ глаза колоссальная слабость больной, и крайне слабый, измѣнчивый и дикротичный пульсъ. Дѣйствительно, сердечная дѣятельность въ первые дни представлялась, чрезвычайно плохой и заставляла опасаться за роковой исходъ. Энергичное примѣненіе камфоры и кофеина мало улучшало пульсъ. А между тѣмъ ни степень расширенія сердца, ни величина пораженія въ легкомъ,

ни высота  $t^0$ , казалось, не оправдывали и не объясняли такую плохую дѣятельность сердца и общую протрацію. Несомнѣнно, мы имѣли здѣсь своеобразную картину чрезвычайнз рѣзкой интоксикаціи бактерійнымъ ядомъ, особенно поразившимъ сердце.

Ежедневные, сильные поты при отсутствіи гектической температуры также подчеркивали отличіе этого заболѣванія отъ обычныхъ пневмоній.

Особенно подчеркивала это отличіе своеобразная, крайне характерная мокрота. Густая, тягучая, слизистая, безъ запаха, окрашенная въ янтарно-желтый цвѣтъ, напоминающій цвѣтъ желчи; по своей однородности и консистенціи мокрота больше всего походила на сырой бѣлокъ куриного яйца. Отдѣлялась она съ большимъ трудомъ и мученіемъ для больной. При стояніи слои не распадалась, желчныхъ пигментовъ не содержала. Микроскопическое изслѣдованіе показало присутствіе небольшого количества левкоцитовъ и эпителиальныхъ клѣтокъ среди массъ слизи.

Отсутствіе обычнаго нейтрофильнаго левкоцитоза дополняло картину атипичности даннаго заболѣванія.

Наоборотъ, левкопенія съ нѣкоторымъ извращеніемъ левкоцитарной формулы: уменьшеніемъ нейтрофиловъ и увеличеніемъ эозинофиловъ, говорила за особенность этого заболѣванія, въ смыслѣ его этиологическаго возбудителя, на природу котораго прежде всего указывало бактеріоскопическое изслѣдованіе мокроты.

Нахожденіе огромнаго количества дифтерійныхъ палочекъ (въ почти чистой культурѣ) въ мокротѣ казалось бы съ несомнѣнностью могло говорить о ихъ непосредственной связи съ этиологіей даннаго заболѣванія, аналогично тому, какъ діагнозъ диплококковой пневмоніи ставится на основаніи нахожденія диплококковъ *только* въ мокротѣ. Но столь рѣдкая и необычная находка заставила, прежде всего, точно діагностировать природу этой палочки, — а затѣмъ выяснить, не является ли это заболѣваніе продолженіемъ заболѣванія глотки, и, въ третьихъ, искать и другихъ указаній, могущихъ съ несомнѣнностью говорить, что дифтерійная палочка въ данномъ случаѣ безусловно является возбудителемъ пневмоніи.

На основаніи роста этой палочки на средахъ, а также данныхъ эксперимента на свинкахъ, съ положительностью можно сказать, что палочка, выдѣленная мной изъ мокроты (а въ дальнѣйшемъ и изъ экссудата), есть истинно-дифтерійная.

Объективное изслѣдованіе глотки показало полное отсутствіе красноты и измѣненія миндалинъ; не было также и припухлости шейныхъ и подчелюстныхъ железъ, — словомъ объективно, не было никакихъ указаній на заболѣваніе глотки; несомнѣнно, дифтерійное пораженіе глотки, могущее пройти и до поступленія въ клинику, оставило бы какіе-нибудь слѣды, позволявшіе предположить или заподозрить это, — къ тому же, сама больная съ положительностью

указываетъ на то, что до настоящаго заболѣванія и во время его горло не болѣло и глотаніе или дыханіе не было затруднено. Бактеріологическое же изслѣдованіе слизи изъ глотки показало присутствіе только двухъ колоній дифтерійныхъ палочекъ. Нахожденіе только единичныхъ палочекъ на слизистой глотки, вѣроятно же, обусловливалось актомъ отхаркиванія инфицированной мокроты, чѣмъ самостоятельнымъ процессомъ. Вотъ эти данныя и позволяютъ сказать, что очагъ выдѣленія дифтерійныхъ палочекъ сидитъ въ самомъ легкомъ — передъ нами случай первичной пневмоніи, вызванной *b. Löffler*. Пробный проколъ, показавшій присутствіе *кровянистаго* экссудата, содержащаго дифтерійныя палочки, еще болѣе освѣтилъ пониманіе даннаго случая, поставивъ вопросъ объ этиологіи его внѣ всякаго сомнѣнія.

Кровянистые экссудаты — принадлежность злокачественныхъ плевритовъ; инфекции же чрезвычайно рѣдко вызываютъ ихъ, за исключеніемъ дифтерійной палочки, — она, какъ правило, всегда вызываетъ кровянистый экссудатъ. Измѣненія крови, найденныя въ данномъ случаѣ, также носятъ характеръ специфически свойственный дифтерійному токсину: это измѣненіе левкоцитарной формулы съ увеличеніемъ процентнаго количества эозинофиловъ. На это указывали *Foster* и *Burgess*. Они экспериментально, впрыскивая токсинъ дифтерійный въ брюшную полость, могли вызвать эозинофилію.

Точно также и левкопению нужно объяснить дѣйствіемъ дифтерійнаго токсина.

А измѣненіе сердечной дѣятельности подъ вліяніемъ дифтерійнаго токсина считается специфическимъ его свойствомъ, всего раньше и рѣзче проявляющимся. Въ нашемъ случаѣ, какъ это мы видѣли выше, особенно ясно было выражено это свойство токсина.

Въ виду всего сказаннаго, оставалось только приступить къ специфической терапіи и ея результатами еще разъ подтвердить правильность нашего взгляда. Дѣйствительно, результаты сказались на другой же день послѣ введенія специфическаго антитоксина — и прежде всего на сердцѣ: пульсъ хотя былъ еще нѣсколько частъ, но значительно окрѣпъ и сдѣлался полнѣе. Ощущеніе субъективной слабости, болѣзненности, кашля и дыханія рѣзко уменьшилось увеличилось количество хриповъ, они стали крупнѣе, — словомъ, получился первый толчекъ къ разрѣшенію пневмоніи —  $t^0$  упала меньше чѣмъ на градусъ, показывая, что количество сыворотки было мало, почему и пришлось повторить впрыскиваніе.

Большихъ дозъ сыворотки не примѣнили сознательно, — по нашимъ личнымъ наблюденіямъ впрыскиваніе 2—3000 ед. сыворотки при обычномъ дифтеритѣ является вполне достаточнымъ, и вводить большое количество антитоксина совершенно излишне, какъ это и показали сообщенія доктора *Пашина* на съѣздѣ бактериологовъ, который вводилъ до 80.000 ед. безъ особаго результата. Повтореніе

впрыскиванія, *черезъ 2—3 дня* послѣ перваго, обычно примѣняется съ тѣмъ расчетомъ, чтобы выждать результатовъ первоначальнаго впрыскиванія, такъ какъ maximum своего дѣйствія сыворотка оказываетъ на 2—3 день послѣ ея введенія. Въ данномъ случаѣ введенія 7000 ед. оказалось достаточнымъ для выздоровленія, хотя тяжесть случая рѣзко бросалась въ глаза.

Интересно отмѣтить еще одно обстоятельство, не часто встрѣчающееся: присутствіе гнойнаго экссудата не сопровождалось левкоцитозомъ. Быть можетъ это слѣдуетъ объяснить особенностью дифтерійнаго токсина, парализующаго левкоцитозъ.

Ненахождение гноя при послѣдующихъ пробныхъ проколахъ съ вѣроятностью можно считать за указаніе рассасыванія его, происшедшаго самостоятельно,—къ тому, же объективныя данныя говорятъ въ пользу этого предположенія (оставшееся притупленіе — результатъ плевритическихъ наложеній).

Итакъ, вся клиническая картина и результаты специфической терапіи, несомнѣнно, подтверждаютъ правильность бактериологической діагностики. Литература не богата описаніями случаевъ дифтерійныхъ пневмоній, и было бы весьма интересно сопоставить различныя мнѣнія, объясняющія тѣ или другіе симптомы столь интереснаго заболѣванія.

По утвержденію большинства, дифтерійная пневмонія наичаще протекаетъ въ видѣ лобулярной, что указываетъ, по ихъ мнѣнію, на инспираціонный способъ зараженія, или на постепенное распространеніе съ бронховъ на паренхиму легкаго. Въ нашемъ же случаѣ была лобарная пневмонія. Всѣ авторы подчеркиваетъ частое осложненіе пневмоніи геморрагическимъ или гнойнымъ плевритомъ. *Stilz* и *Boosson* указываютъ на рѣзкую болѣзненность кашля и на затяжное теченіе. Возникновеніе амфорического дыханія объясняютъ образованіемъ полостей, такъ какъ дифтерійная пневмонія нерѣдко даетъ полости, въ зависимости отъ гнойнаго распада пораженнаго участка. Большинство авторовъ указываетъ, что инфекция чаще бываетъ смѣшанная; *Frosch*, *Kultssher*, *Belfanti*, находили въ чистой культурѣ *b. Löffler'a*.

Чрезвычайно часто наблюдаются осложненія: нефриты, эндокардиты, отиты и пр. По *Baginsk'ому*, 50%<sup>0</sup> всѣхъ случаевъ кончаются летально, при чемъ смерть наступаетъ отъ паралича сердца или отека легкаго. Весьма часто дѣло кончается абсцессомъ или гангреной легкаго.

По даннымъ *Friedländer'a* бронхопневмоніи дифтерійная часто наблюдается у дѣтей, умершихъ отъ дифтерита—это было констатировано имъ 80 разъ изъ 94 случаевъ, — и своимъ происхожденіемъ обязана постепенному спусканію по бронхамъ дифтерійнаго процесса и путемъ вдыханія при необходимости дышать ртомъ или черезъ интубаціонную трубку.

Но, съ другой стороны, дифтерійная пневмонія можетъ быть и сосудистаго происхожденія. Повидимому, возможно и самопроизвольное, но очень длительное выздоровленіе.

Экспериментально дифтерійная пневмонія была вызвана у кроликовъ *Flexner*омъ и *Anderson*омъ введеніемъ въ трахею бульонной культуры.

Секціонный матеріалъ также не богатъ. Анатомическія измѣненія нѣсколько походятъ на милиарный туберкулезъ. Благодаря диссеминиціи дифтерійныхъ палочекъ по сосудамъ, происходитъ образование небольшихъ участковъ гнойнаго расплавленія, что крайне напоминаетъ казеозные участки при туберкулезѣ. Самъ же участокъ пораженнаго легкаго представляется черно-буро-краснымъ, полнокровнымъ, похожимъ на участокъ инфаркта, съ кровоизліянiями по бокамъ и на плеврѣ.

Діагноцированіе дифтерійной пневмоніи при жизни, кромѣ большого интереса, представляется весьма важнымъ съ точки зрѣнія санитаріи, и я думаю, что клиническая картина настолько типична и своеобразна, что уже сама по себѣ должна навести на мысль о незаурядности случая; объ этомъ будетъ говорить прежде всего своеобразность мокроты, рѣзкая протрація больного, плохая дѣятельность сердца, стоящая какъ бы въ противорѣчii съ величиной распространенія процесса въ легкомъ и высотой t°. Затѣмъ поты, кровянистый экссудатъ и болѣзненность кашля.

Конечно, изслѣдованіе крови, а тѣмъ болѣе бактериологическое изслѣдованіе мокроты рѣшаетъ этотъ вопросъ съ положительностью, но и безъ этого врачу, работающему внѣ клиническихъ условій, можно имѣть достаточно данныхъ для возможности правильнаго діагноза.

Терапія, конечно, должна быть специфической.

---



## Къ вопросу о патогенезѣ и симптоматологіи субъаортальнаго стеноза.

Обычно въ патологіи сердца намъ приходится встрѣчаться со стенозами, локализующимися въ томъ или иномъ изъ четырехъ главныхъ отверстій сердца, а именно, въ лѣвомъ или правомъ венозномъ отверстіи, или же въ устьи аорты или легочной артеріи. Но иногда, правда, очень рѣдко, локализція суженія можетъ быть не совсѣмъ обычной. Объ одномъ изъ такихъ стенозовъ, образуемомъ ниже линіи замыканія аортальныхъ клапановъ, т.-е. въ конусѣ аорты, и получившемъ названіе субъаортальнаго стеноза, и идетъ рѣчь.

Намъ въ клиникѣ пришлось въ теченіе нѣсколькихъ мѣсяцевъ наблюдать больного, носителя вышеназваннаго порока сердца. Діагностика субъаортальнаго стеноза, поставленная при жизни больного, подтвердилась вскрытіемъ. Сопоставляя наши наблюденія съ тѣми данными, которыя намъ удалось почерпнуть въ литературѣ, мы убѣдились, что это рѣдко встрѣчающееся страданіе сердца даетъ, все же, цѣлый рядъ весьма характерныхъ симптомовъ, по которымъ діагностика при жизни больного можетъ быть поставлена въ большинствѣ случаевъ. Въ виду этого мы коснемся вопроса о патогенезѣ и симптоматологіи субъаортальнаго стеноза, предпославъ этому изложеніе исторіи болѣзни того случая, который намъ пришлось наблюдать.

Въ январѣ 1910 года на амбулаторный пріемъ обратился студентъ-юристъ Московскаго университета К. Н., съ жалобами на боль при ходьбѣ въ лѣвомъ голеностопномъ суставѣ. Другихъ жалобъ больной не предъявлялъ, а лишь при аускультации врачъ, изслѣдовавшій больного, обратилъ вниманіе на рѣзкій систолическій шумъ въ его сердцѣ и предложилъ К. Н. лечь въ клинику. Въ виду того, что первоначальная жалоба больного на боль въ лѣвомъ голеностопномъ суставѣ совершенно не стояла въ связи съ интересующимъ насъ заболѣваніемъ сердца, то мы находимъ умѣстнымъ тутъ же сообщить, что боль эта не была обусловлена страданіемъ сустава, болѣзненными оказались сухожилья въ окружности сустава, повидимому, вслѣдствіе имѣвшагося тутъ хроническаго воспаленія. Подъ вліяніемъ покоя, цѣлесообразной повязки и теплыхъ ваннъ, боль эта въ теченіе нѣсколькихъ дней прошла безслѣдно, почему мы и не будемъ на ней болѣе останавливаться.

Весь интересъ сосредоточивался на болѣзни сердца, которая при рѣзкихъ аускультативныхъ данныхъ совершенно не беспокоила больного, такъ что самъ больной зналъ о своей болѣзни лишь потому, что врачи, приглашаемые къ нему по поводу случайныхъ

заболѣваній, говорили ему объ этомъ и давали ему соотвѣтствующія гигиеническія предписанія.

*Status praesens*, анамнезъ и данныя о наслѣдственности, собранные въ клиникѣ въ январѣ 1910 года гласятъ слѣдующее.

Больному 21 годъ, высокаго роста, крѣпкаго тѣлосложенія; онъ производилъ впечатлѣніе человѣка, обладающаго цвѣтущимъ здоровьемъ. Мускулатура развита очень хорошо, костный скелетъ также, за исключеніемъ одного дефекта, представлявшаго въ данномъ случаѣ интересъ,—это нѣкоторая деформация грудной клѣтки: у больного грудина была не ровна, а довольно сильно вогнута, такъ что получалась форма, носящая названіе ладьеобразной грудины.

Со стороны пищеварительнаго тракта не было никакихъ замѣтныхъ отклоненій отъ нормы: аппетитъ хорошій, жажда не усилена, не бывало ни изжоги, ни тошноты, ни рвоты. На низъ—самостоятельно, геморроя нѣтъ и не было. При пальпаціи живота—ничего ненормальнаго. Печень не прощупывается, равно какъ и селезенка; болѣзненности нигдѣ не замѣчается.

Со стороны мочеполового аппарата также не было никакихъ растройствъ. Въ мочѣ отсутствовали бѣлокъ и сахаръ; въ осадкѣ встрѣчались ураты, немного кристалловъ мочевой кислоты и плоскія эпителиальныя клѣтки. Gonorrhea и lues категорически отрицались больнымъ, и никакихъ признаковъ этихъ болѣзней не было.

Со стороны органовъ дыханія—никакихъ отклоненій отъ нормы. При перкуссіи легкихъ—вездѣ ясный звукъ, при аускультациі—вездѣ везикулярное дыханіе. Хрипы отсутствуютъ.

При изслѣдованіи органовъ кровообращенія получились слѣдующія данныя: больной никогда не жаловался на сердцебіеніе, могъ быстро ходить, купаться въ холодной водѣ, плавать. При этомъ не чувствовалъ ни боли въ области сердца, ни скорого утомленія. При перкуссіи сердечной области границы опредѣлялись слѣдующимъ образомъ: лѣвая граница совпадала съ *lin. mamellar.*, верхняя—у нижняго края четвертаго ребра; что же касается правой границы, то, въ виду вышеуказанной деформации грудины, опредѣленіе ея встрѣтило затрудненіе, такъ что высказать опредѣленное сужденіе не представлялось возможнымъ, и можно было лишь утверждать, что правая граница не заходила за середину грудины. При пальпаціи сердечной области можно было констатировать нѣсколько разлитой толчекъ, который, однако, хорошо прощупывался въ 6 межреберномъ промежуткѣ. Кромѣ того, иногда удавалось уловить у верхняго края грудины справа, въ 3-мъ межреберномъ промежуткѣ, очень слабое *frémissement cataire*. При аускультациі—у всѣхъ четырехъ отверстій слышенъ былъ чрезвычайно сильный, гулкій систолическій шумъ, который совершенно покрывалъ оба тона; наибольшей силы онъ однако, достигалъ у праваго края грудины, въ области прикрѣпленія 3 ребра. Область куда передавался этотъ шумъ, была очень велика, его можно было слышать всюду въ грудной клѣткѣ, въ обѣихъ подкрыльцовыхъ впадинахъ, на спинѣ и въ шейныхъ сосудахъ.

Со стороны периферическихъ сосудовъ нельзя было отмѣтить ничего ненормальнаго. Пульсъ совершенно правильный, синхроничный, на обѣихъ рукахъ, хорошаго наполненія и напряженія, съ частотою около 80 ударовъ въ минуту.

Кроветвореніе было хорошее: Hb по Sahli—115%, эритроцитовъ—5.000.000, лейкоцитовъ—9,500. Температура нормальная: 36,4—36,6 утромъ, 36,8—36,9 вечеромъ.

Со стороны наслѣдственности все обстоитъ благополучно. Отецъ и мать больного люди здоровые. Всѣхъ дѣтей 5 человѣкъ, они здоровы; нашъ больной старшій. При самомъ внимательномъ разспросѣ не удалось найти указаній на заболѣванія въ семьѣ lues'омъ, tbc и сердечными болѣзнями.

Разспросъ больного о его предшествующихъ болѣзняхъ интересенъ въ томъ отношеніи, что онъ даетъ намъ нѣкоторыя указанія на время заболѣванія его сердца. Именно, выяснилось, что когда больному было всего 6 мѣсяцевъ отъ роду, врачъ, приглашенный къ нему по поводу случайнаго легкаго заболѣванія, уже констатировалъ болѣзнь сердца. Тѣмъ не менѣе больной росъ на видъ здоровымъ и жизнерадостнымъ ребенкомъ, при-

нималъ участіе въ играхъ товарищей и ни въ чемъ отъ нихъ не отставалъ. 9-ти лѣтъ перенесъ корь безъ осложненийъ. На 14 году болѣлъ стрептококковой жабой, а на 16 году перенесъ дифтеритъ зѣва, который легко уступилъ антидифтерійной сывороткѣ и прошель безъ какихъ бы то ни было осложненийъ.

Въ клиникѣ больной пробылъ 2 недѣли; боль въ ногѣ у него прошла; сердце его находилось въ такомъ удовлетворительномъ состояніи, что лѣченія никакого не требовало, поэтому онъ выписался съ тѣмъ, чтобы черезъ 10 мѣсяцевъ, т.-е. 20 ноября 1910 г. снова обратиться въ клинику по поводу острого заболѣванія, начавшагося за два дня до того.

По словамъ больного 18 ноября у него сдѣлался ознобъ, появился жаръ и общая слабость. Температура на другой день была 39,6, кашля и насморка не было, но у угла рта съ правой стороны появилась сыпь, которая быстро распространилась на всю щеку и на шею. Въ такомъ состояніи больной былъ доставленъ въ клинику.

*Status praesens* больного отличался теперь отъ собраннаго въ январѣ только повышенной температурой, herpes'омъ на лицѣ и шеѣ и запоромъ, продолжавшимся два дня.

Больному было назначено Calomel. по 0,15 пять облатокъ, по одной облаткѣ черезъ часъ, столовая ложка Ol. ricini послѣ послѣдней облатки и индифферентная мазь противъ herpes labialis. На слѣдующій день больного хорошо прослабило, и температура сразу упала до нормы (36,8), послѣ чего держалась въ предѣлахъ нормы 4 дня при очень хорошемъ самочувствіи. На пятый день, когда больной выражалъ уже желаніе выписаться изъ клиники, къ вечеру температура снова поднялась до 37,8, а затѣмъ, въ теченіе 4 мѣсяцевъ, несмотря на цѣлый рядъ терапевтическихъ мѣропріятій, не оставляла больного, при чемъ носила интермитирующий характеръ съ утренними паденіями до 36,6 и вечерними повышеніями до 39,5.

Въ первые два мѣсяца скачки температуры не сопровождались ни знобами, ни потами, и больной ни на что, кромѣ слабости, не жаловался. На третьемъ мѣсяцѣ повышенія температуры стали сопровождаться знобами, паденія—потами, появилась одышка небольшой кашель. Отековъ не было.

Со стороны объективныхъ данныхъ въ это время произошли значительныя измѣненія. Размѣры сердца нѣсколько увеличились во всѣхъ направленіяхъ. Въ виду деформации грудины, которая препятствовала путемъ перкуссіи опредѣлить правую границу сердца, былъ сдѣланъ Рентгеновскій снимокъ, который и доказалъ небольшое увеличеніе органа какъ вправо, такъ и влѣво. Значительно усилился frémissement cataire, который теперь сталъ ощущаться во всей сердечной области.

Три раза за время болѣзни у больного производился бактериологическій анализъ крови, при чемъ всѣ три раза изслѣдованіе показало присутствіе въ крови больного диплококка Fränkel'я.

Въ концѣ марта 1911 г. кашель у больного усилился, пульсъ сталъ слабымъ и неправильнымъ, стали появляться признаки слабости сердца, которые прогрессировали до 6 апрѣля, когда больной скончался.

Прежде чѣмъ перейти къ протоколу вскрытія, мы считаемъ умѣстнымъ коснуться діагноза даннаго случая и дѣлаемъ это, главнымъ образомъ, потому, что діагностика этого рѣдкаго страданія была поставлена при жизни больного профессоромъ П. М. Поповымъ, при чемъ больной демонстрировался передъ студентами на лекціи. Необходимо, однако, замѣтить, что наибольшій интересъ больной представлялъ въ январѣ 1910 года, когда у него отсутствовало то лихорадочное состояніе, съ которымъ онъ явился въ клинику во второй разъ уже въ ноябрѣ того же года. Разборъ больного передъ сту-

дентами относится именно къ первому періоду пребыванія больного въ клиникѣ.

Основываясь на небольшомъ увеличеніи сердца, отсутствіи какихъ бы то ни было признаковъ разстройства компенсаціи и руководствуясь характеромъ шума и наличности хотя и слабаго *frémissement cataire* въ правомъ 3-мъ межреберіи около грудины, было высказано предположеніе, что у больного субъаортальный стенозъ, другими словами стенозъ конуса аорты.

Въ пользу этого предположенія говорили слѣдующія соображенія: *frémissement cataire*, ощущаемый въ третьемъ межреберіи справа отъ грудины заставлялъ заподозрить стенозъ. Легче всего было предположить, принимая въ соображеніе наличность систолическаго шума, стенозъ устья аорты, но противъ этого говорили какъ объективныя данныя, такъ и данныя разспроса больного. Больной никогда не страдалъ ни головокруженіями, ни обмороками; пульсъ у него не носилъ характера *tardus et rarus*, свойственнаго этому виду порока сердца. Такъ же трудно было предположить какое-либо митральное пораженіе. Ни для митральнаго стеноза, ни для митральной недостаточности не было налицо кардинальныхъ признаковъ этихъ страданій. Въ пользу же суженія ниже линіи замыканія клапановъ въ *conus aortae*, говорили многіе симптомы. Раньше всего бросалось въ глаза несоотвѣтствіе между объективными данными изслѣдованія и самочувствіемъ больного. Его многолѣтній порокъ сердца не вызывалъ никакихъ растройства, онъ велъ образъ жизни вполне здороваго человѣка, и это нисколько не отражалось на его самочувствіи. Очевидно, что если стенозъ имѣлъ мѣсто, то локалізація его была такова, что онъ не вызывалъ настолько большаго препятствія для тока крови, чтобы обусловить анемію мозга и связанныя съ нею головокруженія и обмороки. Суженіе, находящееся ниже линіи замыканія полулунныхъ клапановъ, вполне соотвѣтствуетъ вышеуказаннымъ условіямъ. *Conus aortae* шире устья, поэтому суженіе въ этомъ мѣстѣ можетъ не создавать такихъ условій, при которыхъ количество крови, проталкиваемое при каждой систолѣ въ артеріальную систему, оказывалось недостаточнымъ для организма, а, съ другой стороны, препятствіе въ этомъ, болѣе широкомъ мѣстѣ, не могло быть такъ велико для кровяного тока, какъ въ устьѣ. Этимъ легко объясняется, почему систолическій шумъ особенно хорошо выслушивался у мѣста прикрѣпленія праваго третьяго ребра къ грудины, почему здѣсь именно ощущалось *frémissement cataire*, а другіе важные симптомы суженія устья аорты, какъ обмороки, головокруженія, *pulsus tardus et rarus*, отсутствовали.

Что касается діагностики того лихорадочнаго состоянія, которое началось въ ноябрѣ 1910 года и кончилось смертью больного въ апрѣлѣ 1911 года, то по всей клинической картинѣ нельзя было усомниться въ томъ, что мы имѣли дѣло съ септическимъ эндокар-

дитомъ. При этомъ точно локализовать поврежденіе эндокардіа представлялось дѣломъ не только труднымъ, но даже совершенно невозможнымъ, такъ какъ систолическій шумъ у больного былъ такъ силенъ и продолжителенъ, что онъ покрывалъ всѣ другія звуковыя явленія, которыя при другихъ условіяхъ могли бы быть слышны. Поэтому пришлось отказаться отъ точнаго діагноза и оставить вопросъ открытымъ, пораженъ ли эндокардій на мѣстѣ прежняго суженія, или имѣется еще одинъ или нѣсколько очаговъ заболѣванія.

Протоколъ вскрытія, произведеннаго докторомъ *Заборовскимъ* гласитъ слѣдующее:

Hydrothorax bilateralis. Oedema pulmonum. Endocarditis parientalis subaortalis chronica fibrosa et stenosis subaortalis (подъ аортальными клапанами образовалось фиброзное кольцо въ видѣ кругового клапана). Endocarditis recurrens valvularum aortae. Sclerosis marginalis valvul. mitralis. Degeneratio adiposa myocardii. Hypertrophia cordis et dilatatio eius. Pericarditis sero-fibrinosa incipiens. Tumor lienis chronicus et hyperplasia pulpaе lienis acuta. Infarctus lienis. Pyelonephritis. Hepar moschatum cardiacum. Hyperaemia venosa intestinorum.

Всматриваясь болѣе внимательно въ картину сердечнаго пораженія, видно было, что фиброзное кольцо, обусловливавшее подъаортальный стенозъ, состояло изъ очень плотной, оmozолѣлой ткани бѣловатаго цвѣта; на немъ не было ни веррукозныхъ разрашеній, ни язвъ. Участокъ этотъ отдѣлялся полоской здоровой ткани шириною приблизительно въ 1 см. отъ линіи замыканія клапановъ аорты. Патологическій процессъ на аортальныхъ клапанахъ развитъ былъ очень сильно. Веррукозныя разрушенія тутъ были очень значительны и напоминали цвѣтную капусту; мѣстами они были мягче, мѣстами плотнѣе и несли въ себѣ фиброзную ткань; однако, нигдѣ на клапанахъ не видно было такого обильнаго разрашенія фиброзной ткани, какъ на томъ кольцѣ, которое вызывало субъаортальный стенозъ. Что же касается митральнаго клапана, то склерозъ его былъ краевой и настолько незначительно развитъ, что правильное замыканіе двустворки было вполне возможно. Возвращаясь снова къ аортѣ, мы замѣчаемъ то же явленіе, которое было указано *Vulpian* (1), однимъ изъ первыхъ описавшихъ суженіе конуса аорты и давшимъ ему названіе субъаортальнаго стеноза: со стороны аорты можно было безъ труда ввести два пальца въ устье аорты, со стороны же желудочка существовало препятствіе для введенія двухъ пальцевъ въ устье аорты, обусловленное суженіемъ подъ клапанами.

Въ литературѣ описано очень мало, всего около 20 случаевъ, такого своеобразнаго пораженія сердца. Въ *Virchovs'a Archiv* за 1883 годъ имѣется подробная статья D-г *Dilg* (2), который, описывая случай субъаортальнаго стеноза у мальчика 2 лѣтъ, умершаго отъ воспаленія легкаго, приводитъ 15 случаевъ, собранныхъ имъ изъ литературы за время съ 1864 по 1883 годъ. Сюда входитъ также вышеупомянутый случай *Vulpian*. Эти 15 случаевъ *Dilg* дѣлитъ на двѣ категоріи. Изъ нихъ къ первой — относятся 8 случаевъ, гдѣ на

ряду со стенозомъ конуса аорты имѣлись еще пороки развитія сердца, стоявшіе въ болѣе или менѣе близкой связи съ этимъ суженіемъ. Эти случаи субъаортального стеноза *Dilg* объясняетъ врожденной аномаліей развитія, и приведенные имъ случаи, описанные *Bouilaud* (3) *Bank* (4) *Dittrich* (5) *Schnitzler* (6), вполне подтверждаютъ его взглядъ. Сюда же нужно отнести случай, описанный самимъ *Dilg*, который, какъ намъ кажется, особенно наглядно доказываетъ врожденную натуру страданія, обусловленнаго аномаліей развитія. Въ случаѣ *Dilg* вмѣсто трехъ полулунныхъ клапановъ аорты имѣлось только два, а подъаортальное суженіе въ видѣ складки эндокардія очень напоминало третій клапанъ аорты. Кромѣ этой аномаліи въ сердцѣ больного имѣлись еще другіе дефекты развитія: наличность лѣвой верхней полой вены и расширенія *arteriae pulmonalis*.

Ко второй категоріи *Dilg* относитъ остальные 7 случаевъ, гдѣ нѣтъ никакихъ указаній на аномаліи въ развитіи сердца. Здѣсь за этиологическій моментъ нужно признать воспаленіе пристѣночнаго эндокардія съ послѣдующимъ разращеніемъ фиброзной ткани. Воспалительный процессъ этотъ поражаетъ эндокардій нерѣдко въ очень ранній періодъ жизни, иногда, повидимому, въ періодъ утробной жизни.

Такимъ образомъ, въ вопросѣ о патогенезѣ субъаортального стеноза слѣдуетъ отличать, какъ это дѣлаетъ и *Vurordt* (7), тѣ случаи, которые обусловлены порокомъ развитія и которые, помимо стеноза конуса аорты, показываютъ еще и другія аномаліи развитія сердца, отъ тѣхъ случаевъ, гдѣ нѣтъ никакихъ дефектовъ развитія и гдѣ единственной этиологіей приходится признать эндокардитъ.

Такъ какъ нашъ случай не показываетъ никакихъ аномалій въ развитіи сердца, то мы должны отнести его ко второй категоріи и предположить, что больной перенесъ пристѣночный эндокардитъ, который и вызвалъ суженіе подъ клапанами аорты, благодаря разращенію въ этомъ мѣстѣ рубцовой фиброзной ткани. Въ анамнезѣ нашего больного есть указаніе на то, что воспалительный процессъ эндокардія имѣлъ мѣсто въ очень ранній періодъ жизни. Шумъ въ его сердцѣ былъ констатированъ врачомъ, когда ему было всего 6 мѣсяцевъ отъ роду. Стало быть, эндокардитъ долженъ былъ протекать тогда же, или еще раньше; можетъ быть, въ утробный періодъ жизни.

Очень важно выяснить еще одинъ вопросъ, стоящій въ связи съ процессомъ образованія суженія подъ клапанами аорты, — это вопросъ о переходѣ эндокардита и послѣдующаго разращенія фиброзной ткани съ сосѣднимъ клапаномъ аорты, съ одной стороны, и митральнаго клапана — съ другой. Случай *Vulpian* и еще до него описанный случай *Norman Chevers* замѣчательны тѣмъ, что воспалительный процессъ эндокардія начинался на митральномъ клапанѣ, но

тутъ не локализовался, а распространялся дальше на стѣнку конуса аорты.

Въ своемъ руководствѣ патологической анатоміи *Orth* (8) указываетъ, что стенозъ подъ клапанами аорты можетъ быть вызванъ мѣстнымъ эндокардитомъ, но чаще всего присоединяется къ хроническому эндокардиту аортальныхъ клапановъ.

Примѣромъ можетъ служить случай, описанный недавно докторомъ *А. С. Егоровымъ* (9), гдѣ воспалительный процессъ съ клапановъ аорты спустился внизъ, въ конусъ аорты, вызвалъ здѣсь рѣзкое суженіе конуса и распространился дальше на эндокардій, выстилающій верхнюю поверхность *valvul. mitralis*.

Нашъ случай отличается тѣмъ, что тутъ, повидимому, эндокардитъ начался, именно, въ томъ мѣстѣ, гдѣ впоследствии образовалось суженіе. Правда, и въ нашемъ случаѣ на аутопсіи оказались рѣзкія измѣненія аортальныхъ клапановъ, но, всматриваясь внимательно въ эти измѣненія, мы должны были притти къ выводу, что воспалительный процессъ на клапанахъ аорты сравнительно недавняго происхожденія, тогда какъ рубцовая ткань, обусловившая суженіе подъ клапанами, очень давнишняя. Клапаны аорты обезображены, на нихъ множество мягкихъ наложений въ видѣ цвѣтной капусты; на рубцѣ подъ клапанами аорты ихъ нѣтъ, онъ бѣловатаго цвѣта и совершенно гладокъ. Сопоставляя это наблюденіе съ теченіемъ болѣзни нашего больного, приходилось допустить, что пораженіе аортальныхъ клапановъ произошло, повидимому, лишь во время второго пребыванія больного въ клиникѣ, и что *exitus letalis* послѣдовалъ отъ эндокардита, гнѣздящагося въ клапанахъ аорты. Во время же перваго пребыванія больного въ клиникѣ и до того, у него было лишь суженіе конуса аорты, вызванное давно протекшимъ и вполне залѣчившимся пристѣночнымъ эндокардитомъ.

Выше было указано, на какихъ основаніяхъ былъ поставленъ у нашего больного *intra vitam* діагнозъ стеноза конуса аорты. Сравнивая нашъ случай съ тѣми немногими случаями, которые описаны въ литературѣ за 50 лѣтъ, намъ кажется, что возможно указать на такіе симптомы, которые наблюдались всѣми авторами и которые, стало быть, могутъ быть признаны типичными для субъаортальнаго стеноза.

*Leyden*'у (10) въ 1864 году пришлось наблюдать слѣдующій случай:

18-лѣтній юноша болѣлъ съ дѣтства остеоміелитомъ обѣихъ *ulna* и *tibia*, очень плохо развитъ физически. Раньше никогда не подавалъ повода подозрѣвать заболѣваніе сердца. Въ хирургической клиникѣ, гдѣ больной лѣчился, обратили вниманіе на систолическій шумъ въ сердцѣ; при внимательномъ обслѣдованіи области сердца оказалось: правая граница — по лѣвому краю грудины, лѣвая — на *lin. mamill.*, верхняя — по нижнему краю 3 ребра. *Frémissement cataire* ощущался лучше всего въ области грудины. У всѣхъ четырехъ отверстій слы-

шенъ былъ очень громкій, продолжительный, высокій свистящій шумъ, совпадающій съ систолой. Шумъ этотъ былъ такъ громокъ, что трудно было сказать, гдѣ онъ былъ слышенъ лучше, гдѣ хуже. Распространялся въ шейные сосуды и въ обѣ стороны грудной клѣтки. Діастолическіе тоны слышны были неясно, потому что систолическій шумъ тянулся вплоть до діастолы. Діастолическихъ шумовъ не было. Pulsus tardus отсутствовалъ. Больной умеръ отъ піэміи. На вскрытіи оказалась значительная гипертрофія лѣваго сердца и фиброзное кольцо подъ клапанами аорты. Аортальные клапаны были немного утолщены, но способны замыкаться. Устье аорты сужено не было.

Другой случай описалъ *Lauenstein* (11) въ 1883 году.

Больному 37 лѣтъ, хорошаго сложенія и питанія. Съ дѣтства страдалъ „короткимъ“ дыханіемъ, иногда ощущалъ сердцебіеніе и не помнилъ себя больнымъ. При объективномъ изслѣдованіи: сердечная тупость не увеличена, frémissement cataire у верхушки и у основанія справа отъ грудины. У всѣхъ отверстій громкій систолическій шумъ дующаго характера, лучше всего слышенъ былъ у аорты и на мѣстѣ толчка. Вторые тоны вездѣ чисты. Отсутствовалъ акцентъ второго тона arter. pulmonal. Больной умеръ при явленіяхъ сердечной слабости. На вскрытіи подъ клапанами аорты рѣзкое круговое утолщеніе въ видѣ діафрагмы съ отверстіемъ около 1 см. въ діаметрѣ. Кромѣ того, утолщеніе и изъязвленіе задняго клапана аорты.

Наконецъ, *Rollet* (12) описалъ случай, гдѣ діагнозъ былъ поставленъ intra vitam, при чемъ онъ указалъ на слѣдующіе симптомы для діагностики: слабый пульсъ при усиленномъ толчкѣ сердца; гипертрофія лѣваго желудочка безъ дилатаціи; frémissement cataire у верхушки сердца, достигающее до середины грудины; очень громкій систолическій шумъ, слышимый лучше всего у толчка или на аортѣ.

*Huchard* (13), не описывая конкретнаго случая, указалъ, однако, что при субъаортальномъ стенозѣ бываетъ рѣзкій систолическій шумъ, который лучше всего слышенъ на уровнѣ края грудины, на мѣстѣ прикрѣпленія 4 ребра, а иногда и на мѣстѣ прикрѣпленія 2 ребра, и, кромѣ того, на мѣстѣ сердечнаго толчка. Шумъ этотъ, слышимый одинаково хорошо у основанія и у верхушки сердца, *Huchard* предложилъ назвать „souffle mitro-aortique“.

Если, всматриваясь въ описаніе симптомовъ субъаортальнаго стеноза у приведенныхъ авторовъ, пренебречь разностью въ нѣкоторыхъ деталяхъ, то мы замѣтимъ, что всѣ единодушно указываютъ на необычайно рѣзкій систолическій шумъ, который почти одинаково хорошо слышенъ у всѣхъ отверстій. Шумъ этотъ отличается такой продолжительностью, что нерѣдко совсѣмъ (въ нашемъ случаѣ), или отчасти (случай *Leuden'a*) покрываетъ діастолическіе тоны. Намъ кажется важнымъ подчеркнуть еще чрезвычайно большую область распространенія этого шума: онъ слышенъ бываетъ очень



хорошо во всей грудной клеткѣ и въ шейныхъ сосудахъ. Въ этомъ его отличіе отъ тѣхъ систолическихъ шумовъ, которые возникаютъ при stenosis aortae и insuffitientia valvul. mitral.

Кромѣ того, всѣ авторы указываютъ на наличность frémissement cataire, правда, не всѣ даютъ одинаковыя указанія на локализацию этого явленія, но самый фактъ, намъ кажется, заслуживаетъ полного вниманія, такъ какъ frémissement cataire вообще очень надежный признакъ стеноза, а исключивъ на основаніи извѣстныхъ данныхъ стенозъ mitralis. aortae, pulmonalis и tricuspidalis, легко уже предположить подъяортальное суженіе. Наконецъ, мы находимъ необходимымъ подчеркнуть еще одно обстоятельство, которое намъ бросилось въ глаза, наблюдая нашего больного, когда онъ въ первый разъ находился въ клиникѣ. Мы говоримъ о поразительномъ несоотвѣтствіи между объективными данными, получаемыми при выслушиваніи сердца, и субъективными ощущеніями пациента. Больной не только не производилъ впечатлѣніе нездороваго человѣка, но, наоборотъ, онъ имѣлъ видъ чрезвычайно крѣпкаго и цвѣтущаго юноши. Другіе авторы мало подчеркиваютъ этотъ фактъ, но, всматриваясь въ описанія ихъ случаевъ, мы всюду замѣчали, что, пока субъяортальный стенозъ протекаетъ въ чистой формѣ, пока нѣтъ другихъ какихъ-либо страданій въ организмѣ, самочувствіе больныхъ мало страдаетъ.

Намъ кажется, что въ настоящее время мы обладаемъ уже достаточнымъ матеріаломъ и достаточнымъ количествомъ наблюденій, сдѣланныхъ разными авторами за послѣднія 50 лѣтъ, чтобы быть въ состояніи ставить при жизни больного распознаніе субъяортальнаго стеноза, несмотря на то, что страданіе это слѣдуетъ отнести къ числу очень рѣдко встрѣчающихся.

ЛИТЕРАТУРА: 1) Virchow's Archiv 1883, Bd. XCI. S. 193.—2) Dilg. Ein Beitrag zur Kenntniss seltener Herzanomalien im Anschluss an einem Fall von angeborener linhsseitiger Conusstenose, Virchow's Archiv 1883, Bd. XCI.—3) Ibid.—4) Ibid.—5) Ibid.—6) Ibid.—7) Vierordt. Nothnagel's Handbuch XV.—8) Orth. Lehrbuch der speciell. Pathol. anat. Circulationsorgue 1883. 9) А. С. Егоровъ. Случай подъяортальнаго стеноза. Ежегодникъ Ново-Екатерининской больницы.—10) Leyden. Ein bemerkenswerter Fall von Stenose des ostium aorticum. Virchow's Archiv 1894, Bd. XXIX. S. 197.

---

## Серотерапія и вакцинотерапія гонорройныхъ заболѣваній.

Современная терапія гонорреи можетъ и должна гордиться своими успѣхами по отношенію къ мѣстному заболѣванію. Со времени открытія въ 1879 году *Neisser'омъ* гонококка и установки такимъ образомъ специфичности страданія, венерологи и урологи успѣшно борются съ уретритомъ, простатитомъ, эпидидимитомъ и т. д., но какъ только бактеріи попадаютъ въ общій токъ крови и даютъ метастатическіе очаги заболѣванія — современная терапія сводится къ нулю. Почти всѣ описанные до сихъ поръ случаи перелойныхъ піэмій оканчивались смертію, что же касается до случаевъ перелойныхъ артропатій, то еще 8 лѣтъ назадъ *П. О. Богдановъ* писалъ: „перелойная артропатія — болѣзнь тяжелая, серьезная и опасная, а специфическихъ средствъ для леченія такого рода артропатій у насъ до сего времени нѣтъ“. Всѣ примѣнявшіеся до самаго послѣдняго времени при гонорройныхъ артритѣхъ средства, а имя имъ легіонъ, являлись средствами симптоматическими и служили лишь для облегченія страданій больного и къ возможному предотвращенію печальныхъ послѣдствій. Успѣхи серотерапіи въ дѣлѣ борьбы съ заразными болѣзнями заставляли экспериментаторовъ искать и противугонококковую сыворотку, которая являлась бы специфическимъ средствомъ при перелойныхъ піэміяхъ и артропатіяхъ. Въ январѣ 1906 года казалось успѣхъ увѣнчалъ предпріятіе: *I. Torrey* добылъ антигонококковую сыворотку. Въ сентябрѣ 1907 года появилась первая работа его и *Rogers'a* съ описаніемъ примѣненія сыворотки у людей. Я не буду входить здѣсь въ подробное изложеніе хода опытовъ и измѣненій, которыя вносили дальнѣйшія изслѣдованія въ дѣло приготовленія сыворотки, т. к. это не входитъ въ мою задачу, укажу лишь на то обстоятельство, что въ литературѣ вслѣдъ за появленіемъ вышеупомянутой работы появился рядъ сообщеній (*Rosenau, Anderson, Swinburne, Perez Miro, Dunavant, Parsche, Rosenthal, Лежневъ* и др.), восхвалявшихъ благотворное дѣйствіе сыворотки. Это заставило насъ попробовать примѣнить антигонококковую сыворотку въ рядѣ случаевъ.

Впрыскивалась нами сыворотка приготовленная фирмой *Parke, Davis et Co* согласно идеѣ и способу д-ра *I. Torrey* изъ крови барановъ, которыхъ предварительно иммунизировали постепенно повышаемыми

дозами мертвыхъ и живыхъ разводовъ наиболѣе вирулентныхъ гонококковыхъ колоній. Кожа передъ впрыскиваніемъ тщательно обмывалась 5% растворомъ карболовой кислоты. Впрыскиваніе производилось въ подкожную клѣтчатку живота. По удаленіи иглы отверстіе, во избѣжаніе вытеканія жидкости, заклеивалось коллодіей ватой. Количество впрыскиваемой за 1 разъ сыворотки равнялось одной ампулѣ (2 k. cm.). Дороговизна сыворотки (каждое впрыскиваніе обходится около 3 рублей) не позволило намъ произвести опыты въ болѣе широкомъ размѣрѣ. Всего я располагаю 10 случаями примѣненія сыворотки при перелойныхъ артропатіяхъ. 6 случаевъ прослѣжено клинически и болѣе тщательно, т. к. дѣло шло о стационарныхъ больныхъ андрологической клиники и 4 случая моей личной частной практики. Въ случаяхъ острого уретрита и осложненій его сыворотки мы не примѣняли, руководствуясь мнѣніями *Лежнева* и *Perez Miro*, которые указываютъ, что на мѣстные воспалительныя явленія сыворотка оказываетъ мало вліянія. Въ виду того, что на основаніи своихъ наблюденій, правда немногочисленныхъ, я пришелъ къ нѣсколькимъ инымъ выводамъ, чѣмъ цитированные мною выше авторы, я позволю себѣ привести свои наблюденія нѣсколько болѣе подробно.

1. Н. Ф., учащійся, 20 лѣтъ, поступилъ 15/xi 1909 г. въ андрологическую клинику, съ жалобами на боли въ правомъ колѣнномъ суставѣ, правомъ голеностопномъ и лучезапястномъ лѣвой руки. Движенія въ суставахъ невозможны отъ болей, суставы увеличены въ размѣрахъ сравнительно съ суставами другой конечности. Первый перелой; сейчасъ же сталъ лечиться промываніями канала по Janet. Изъ уретры обильное отдѣляемое, содержащее гонококки. Боленъ всего 5 дней. Подъ вліяніемъ санталоваго масла, согрѣвающихъ компрессовъ и Balzer'овскихъ ваннъ боли утихали плохо, заболѣлъ и правый лучезапястный суставъ. 26/xii. Впрыснуто 2 kcm. противогонококковой сыворотки въ правое предплечье. Мѣстной реакціи не было, повышенія t° также. 27/xii. Сильныя боли въ мѣстѣ впрыскиванія; болѣзненность въ пораженныхъ суставахъ усилилась настолько, что пришлось прибѣгнуть къ впрыскиванію 1/6 gr. морфія подъ кожу. Согревающий компрессъ на пораженные суставы. Санталовое масло.

29/xii. Впрыснуто 2 kcm. сыворотки въ брюшные покровы. 29/xii. Мѣстной реакціи нѣтъ. Больной покойнѣе. Боли нѣсколько тише при движеніяхъ. При покойномъ положеніи суставовъ болей нѣтъ.

28/xii. Больной чувствуетъ себя значительно лучше.

31/xii. Впрыснуто 2 kcm. сыворотки въ брюшные покровы.

1/i. Боли въ суставахъ нѣсколько усилились.

8/i 1910. Больной выписался для амбулаторнаго леченія. Боли въ суставахъ стихли, суставы значительно опухли, активныя движенія ограничены, безболѣзненны, пассивныя слегка ограничены, безболѣзненны.

2. И. Т., конюхъ 20 лѣтъ. За мѣсяцъ до поступленія въ клинику получилъ первый перелой. Усиленно сталъ спринцеваться, одновременно нѣсколько разъ имѣлъ coitus. 12/i 1910 послѣ выпивки почувствовалъ боль въ правомъ колѣнѣ. 19/i 1910 боль появилась и въ лѣвомъ, оба колѣна опухли, что заставило больного обратиться въ андрологическую клинику, куда и принять 26/i 1910. Объемъ черезъ середину правой колѣнной чашки—38 cm., лѣвой—37,5 cm., колѣнные чашки ясно баллотируютъ. Движенія не ограничены, но рѣзко болѣзненны. Обильное отдѣленіе изъ канала, гнойнаго характера—содержитъ массу гонококковъ. На оба колѣнные сустава наложенъ согревающий компрессъ.

- <sup>27</sup>/I 1910. t° 37,8 — 37,7. Впрыснуто 1 ксгм. сыворотки въ брюшные покровы.
- <sup>28</sup>/I. Боли усилились. Выпотъ безъ измѣненія, t° 37,5 — 38,5.
- <sup>29</sup>/I. Боли настолько сильны, что мѣшаютъ спать. T° 37,7 — 37,9.
- <sup>30</sup>/I. Боли нѣсколько стихли. Выпотъ въ правомъ колѣнномъ уменьшился въ объемѣ на 1 ксгм. t° 37,5 — 38,5. Впрыснуто 1 сгм. сыворотки.
- <sup>31</sup>/I. Болей при покойномъ положеніи почти нѣтъ. Выпотъ безъ измѣненій.
- <sup>1</sup>/II. Болей нѣтъ. Изъ канала выдѣленіе усилилось, въ послѣднемъ масса гонококковъ.
- <sup>2</sup>/II. Боли усилились настолько, что мѣшаютъ спать. Впрыснуто 2 ксгм. сыворотки. T° 37,7 — 38,7.
- <sup>3</sup>/II. T° 38,2 — 38,5. Боли нѣсколько меньше.
- <sup>3</sup>/II. Опухоль колѣнъ увеличилась на 1½ сгм. каждое. Значительныя боли. Впрыснуто 2 ксгм. сыворотки.
- <sup>6</sup>/II. T° 37,5 — 38,2. Боли нѣсколько меньше.
- <sup>7</sup>/II. Боли снова увеличились.
- <sup>8</sup>/II. Въ виду отсутствія результатовъ отъ леченія сывороткой — перешли къ примѣненію Balzer'овскихъ ваннъ. Санталовое масло внутрь и аспиринъ съ кофеиномъ.
- <sup>23</sup>/II. Пульсъ 96 съ перебоями. При аускультации шумъ сердца съ первымъ временемъ. Боли въ суставахъ держатся, движенія ограничены.
- <sup>16</sup>/III. Выписался безъ улучшенія. Суставы болѣзненны, ригидны. Значительныя сердечныя шумы.

3. Р., конторщикъ 25 лѣтъ. <sup>20</sup>/I 1910 поступилъ въ клинику съ жалобами на боли и опухоль въ лѣвомъ тазобедренномъ суставѣ и ахилловомъ сухожиліи обѣихъ ногъ. Первый перелой, 7 лѣтъ назадъ, осложнился опухолью обоихъ голеностопныхъ суставовъ. Второй перелой, 4 года назадъ, осложнился опухолью лѣваго ахилловаго сухожилія. 11 мѣсяцевъ больной провелъ въ лазаретѣ и съ тѣхъ поръ постоянно хромаетъ. За 14 дней до поступленія въ клинику снова заразился перелоемъ, который на 6 день заболѣванія осложнился опухолью лѣваго тазобедреннаго сустава. Изъ канала скудное отдѣляемое, содержащее гонококки. Оба ахилловыхъ сухожилія плотны, опухли, болѣзненны при ощупываніи. Значительная опухоль и краснота въ лѣвомъ тазобедренномъ суставѣ, на который положено вытяженіе.

- <sup>21</sup>/II 1910. T° 37,3 — 38,1.
- <sup>22</sup>/II. T° 37,2 — 38,0. Впрыснуто 2 ксгм. сыворотки.
- <sup>23</sup>/II. Боли значительно усилились.
- <sup>24</sup>/II. Боли нѣсколько меньше.
- <sup>25</sup>/II. Боли спали совсѣмъ, t° 37,2 — 37,4.
- <sup>26</sup>/II. Жалобъ нѣтъ. Впрыснуто 2 ксгм. сыворотки, t° 37,0 — 37,5.
- <sup>28</sup>/II. Впрыснуто 2 ксгм. сыворотки.
- <sup>1</sup>/III. Появилось обильное отдѣляемое изъ канала. Болей въ суставахъ нѣтъ. Вытяженіе снято.
- <sup>3</sup>/III. Впрыснуто 2 ксгм. сыворотки. Активныя движенія безболѣзненны. Пассивныя также.
- <sup>6</sup>/III. Впрыснуто 2 ксгм. сыворотки. Чувствуетъ себя хорошо. Жалобъ нѣтъ.
- <sup>8</sup>/III. Появились значительныя боли въ правомъ ахилловомъ сухожиліи при движеніяхъ.
- <sup>9</sup>/III. Впрыснуто 2 ксгм. сыворотки. Болей почти нѣтъ.
- <sup>12</sup>/III. Безъ всякой видимой причины (мѣстнаго леченія канала не производилось) опухъ придатокъ праваго яичика. Ледъ на мошонку.
- <sup>19</sup>/III. Выписался съ незначительными болями въ тазобедренномъ суставѣ при активныя движенія.

4. Л., греческій подданный, 31 года. 3-й перелой. Первые два протекли безъ осложнений. На 10 день заболѣванія опухъ плюснефаланговый суставъ лѣвой ноги, боли мѣшали больному ходить и <sup>1</sup>/III 1910 г. больной легъ въ клинику. Больной суставъ опухъ, кожа на немъ красна, движенія болѣзненны. Въ отдѣленіи изъ канала обнаружены гонококки. На суставъ положенъ согрѣвающий компрессъ. Внутрь санталъ.

<sup>3</sup>/III. Т° 36,0 — 37,0. Впрыснуто 1 куб. см. антигонококковой сыворотки.

<sup>4</sup>/III. Т° 36,4 — 37,0. Никаких изменений нѣтъ.

<sup>5</sup>/III. Т° 36,4 — 37,2. Впрыснуто 2 куб. см. сыворотки. Къ вечеру сильныя боли въ суставѣ.

<sup>8</sup>/III. Опухоль сустава нѣсколько меньше. Пассивныя движенія безболѣзненны.

<sup>9</sup>/III. Впрыснуто 2 куб. см. сыворотки, т° 36,5 — 37,0. Пассивныя движенія пальца безболѣзненны, активныя крайне болѣзненны.

<sup>11</sup>/III. Все тѣло покрылось ярко-красной сыпью. Значительная болѣзненность въ мѣстѣ бывшаго укола, боли въ суставахъ усилились.

<sup>12</sup>/III. Сыпь прошла, болѣе нѣтъ.

<sup>14</sup>/III. Впрыснуто 2 куб. см. сыворотки. Болѣе въ суставѣ нѣтъ. Отдѣляемое порядочное содержить гонококки. Приступлено къ мѣстному леченію перелоя.

Въ дальнѣйшемъ до <sup>23</sup>/III произведено еще 5 инъекцій сыворотки по 2 куб. см. за разъ. Больной выписался со свободными движеніями въ суставѣ; ходить безъ боли, суставъ пришелъ къ нормѣ.

5. К., поручикъ, 26 лѣтъ. 2-й перелой, первый протекъ безъ осложненій. 2-й черезъ два мѣсяца послѣ начала, послѣ промыванія по Janet'у появилась боль въ плюснефаланговыхъ сочлененіяхъ большихъ пальцевъ обѣихъ ногъ. Въ незначительномъ отдѣленіи изъ канала обнаружены гонококки. Оба сустава припухли, движенія пальцевъ, какъ активныя, такъ и пассивныя крайне болѣзненны.

<sup>1</sup>/XI 1910. Впрыснуто 1 куб. см. сыворотки. Balzer'овская ванна.

<sup>2</sup>/XI. Т° 37,0 — 37,1. Боли значительно меньше. Опухоль суставовъ спала. Въ дальнѣйшемъ 9 инъекцій по 2 куб. см. сыворотки и Balzer'овскія ванны. Боли быстро спали. Движенія восстановились и <sup>28</sup>/XI 1910 больной выписался. Перелой лѣчился мѣстно промываніями по Janet.

6. Б. крестьянинъ, 35 лѣтъ. Первый перелой. Черезъ недѣлю по заболѣваніи появилась опухоль лѣваго колѣна и праваго лучезапястнаго сустава. Колѣно значительно увеличено, ясно флюктуируетъ. Въ обильномъ отдѣляемомъ изъ канала значительное количество гонококковъ.

<sup>1</sup>/XI 1910. Вытяженіе на колѣнный суставъ. Balzer'овскія ванны, санталь. Въ виду того, что мѣстная терапія колѣна результатовъ не приносила, <sup>1</sup>/XII 1910 было приступлено къ инъекціямъ сыворотки. Боли стали нѣсколько меньше, но опухоль не спадала и <sup>20</sup>/XII, не доведя леченія до конца, больной выписался изъ клиники на костыляхъ.

7. Ф. С., хористъ, 42 лѣтъ, 5 разъ болѣлъ перелоемъ: послѣднее заболѣваніе 16 дней назадъ. Лечился промываніями по Diday. Недѣлю назадъ почувствовалъ боли въ большомъ пальцѣ правой ноги и колѣнномъ суставѣ той же конечности. <sup>3</sup>/VI 1910 т° 37,4 — 37,9. Боли значительны, мѣшаютъ больному двигаться. При ощупываніи правый колѣнный суставъ болѣзненъ, средній пателлярный размѣръ по сравненіи съ таковымъ же размѣромъ лѣвой ноги увеличенъ на 4 см. Въ отдѣляемомъ изъ канала масса гонококковъ. Впрыснуто 2 куб. см. сыворотки. Черезъ 6 часовъ боли настолько усилились, что впрыснуто подъ кожу <sup>1</sup>/<sub>4</sub> гр. морфія. Санталь внутрь, на суставы компрессъ.

<sup>4</sup>/VI. Боли значительны. Т° 37,8 — 38,4.

<sup>5</sup>/VI. Т° 37,4 — 38,0. Боли нѣсколько слабѣе. Опухоль меньше.

<sup>6</sup>/VI. Т° 37,2 — 38,2. Впрыснуто 2 куб. см. сыворотки. Боли къ вечеру очень обострились. Опухъ колѣнный суставъ лѣвой ноги.

<sup>7</sup>/VI. Т° 37,6 — 38,4. Опухъ локтевой суставъ правой руки. Въ виду полного отсутствія какихъ-либо результатовъ отъ примѣнія сыворотки послѣдняя оставлена. На нижнія конечности примѣнено вытяженіе. На локоть неподвижная повязка. Balzer'овскія ванны, аспиринъ.

<sup>16</sup>/VII. Больной настолько поправился, что совершенно свободно ходитъ по комнатамъ.

8. Г., артистъ, 34 л., 4 раза болѣлъ перелоемъ: въ первый разъ 11 лѣтъ назадъ, послѣдній 7 недѣль назадъ. Лечился амбулаторно, принималъ санталь, спринцевался.

Дня 4 назадъ при существованіи скуднаго выдѣленія изъ канала имѣлъ сношеніе. На слѣдующій день распухло лѣвое колѣно. <sup>22/III</sup> 1910. Лѣвый колѣнный суставъ въ среднемъ нательярномъ размѣрѣ увеличенъ на  $2\frac{1}{2}$  см. по сравненію съ таковымъ же размѣромъ праваго колѣна. Въ суставъ ясный выпотъ. Боли значительныя, красноты нѣтъ, согревающий компрессъ на колѣно. Santal внутрь, <sup>t°</sup> 37,5—38,0. Впрыснуто 1 ксѣм. сыворотки. Къ вечеру боли значительно усилились.

<sup>23/III</sup>. <sup>t°</sup> 37,2—38,0. Опухоль безъ измѣненія. Боли значительны.

<sup>24/III</sup>. <sup>t°</sup> 37,0—37,4. Впрыснуто 2 ксѣм. сыворотки. Вечеромъ боли безъ измѣненія.

<sup>25/III</sup>. <sup>t°</sup> 37,0—37,2. Боли стихли совсѣмъ. Больной спалъ спокойно.

<sup>26/III</sup>. <sup>t°</sup> 36,8—36,0. Опухоль значительно спала. Болей почти нѣтъ въ покойномъ положеніи.

<sup>27/III</sup>. <sup>t°</sup> 36,8—37,0. Впрыснуто 2 ксѣм. сыворотки. Болей при пассивныхъ движеніяхъ нѣтъ. При активныхъ движеніяхъ незначительны. Изъ канала обильное отдѣленіе.

<sup>29/III</sup>. Больной свободно ходитъ по комнатѣ. Приступлено къ мѣстному леченію уретрита.

9. Приказчикъ С., 29 лѣтъ; первый перелой, тянущійся 4-ю недѣлю, за 3 дня до посѣщенія меня осложнился опухолью лучезапястного сустава и мелкихъ суставовъ правой кисти. Незначительное выдѣленіе изъ канала содержитъ гонококки.

<sup>1/IV</sup> 1910. Впрыснуто 2 ксѣм. сыворотки. Боли къ вечеру усилились. <sup>t°</sup> не измѣрялъ. На больной суставъ наложенъ спиртовой компрессъ.

<sup>2/IV</sup>. 1910. Боли въ кисти значительны. Заболѣлъ правый плечевой суставъ. <sup>t°</sup> вечеромъ 38,2.

<sup>3/IV</sup>. Впрыснуто 2 ксѣм. сыворотки. Боли въ суставахъ очень сильны, изъ канала обильное отдѣленіе. <sup>t°</sup> 38,0—38,4.

<sup>4/IV</sup>. <sup>t°</sup> 38,2—38,0. Боли въ суставахъ очень сильны. Выдѣленія изъ канала нѣтъ. Опухъ придатокъ лѣваго яичка. Ледъ на мошонку. Изъ-подъ дальнѣйшаго наблюденія больной ускользнулъ.

10. Купецъ, К. 40 лѣтъ, обратился ко мнѣ <sup>10/IV</sup> 1910 по поводу опухоли большого пальца лѣвой ноги и колѣннаго сустава той же ноги. 8 дней назадъ послѣ coitus на 3 день появилось обильное отдѣленіе изъ канала, содержащее гонококки. Обратился къ врачу, который сдѣлалъ ему 4 глубокихъ промыванія по Janet у. Послѣ послѣдняго къ вечеру <sup>t°</sup> 38,0 и заболѣли суставы. Наложень спиртовой компрессъ. Внутрь санталовое масло.

<sup>12/IV</sup>. <sup>t°</sup> 37,8—38,2. Боли въ суставахъ значительны. Впрыснуто 1 ксѣм. сыворотки.

<sup>13/IV</sup>. <sup>t°</sup> 38,0—37,6. Боли усилились. Выдѣленіе также.

<sup>14/IV</sup>. <sup>t°</sup> 37,2—38,2. Впрыснуто 2 ксѣм. сыворотки. Въ виду сильныхъ болей черезъ 6 часовъ впрыснуть морфій.

<sup>15/IV</sup>. <sup>t°</sup> 37,8—37,9. Заболѣлъ тазобедренный суставъ лѣвой ноги. Наложено вытяженіе. Отъ дальнѣйшихъ впрыскиваній сыворотки больной отказался; приступлено къ леченію тепломъ въ видѣ Balzer'овскихъ ваннъ. Въ концѣ апрѣля 1910 г. больной при помощи палки съ трудомъ ходилъ по комнатѣ.

Какъ видно изъ предшествующаго, сыворотка принесла безусловно пользу лишь въ 3 случаяхъ изъ 10 (№№ 4, 5 и 8). Въ одномъ случаѣ (№ 2) не принесла пользы, а въ 4 случаяхъ (№№ 3, 7, 9 и 10) сыворотка не принесла никакой пользы больнымъ, не предоохранила ихъ ни отъ дальнѣйшаго развитія болѣзни, ни отъ осложнений вопреки мнѣнію Лежнева. Количество имѣющагося въ моемъ распоряженіи матеріала, конечно, слишкомъ мало, чтобы дѣлать изъ него какіе-либо выводы, но въ моихъ случаяхъ антигонококковая сыворотка не оправдала большихъ надеждъ, возлагавшихся на нее и по силѣ своей

не являлась равной сывороткамъ антидифтерійной и др. Въ тѣхъ случаяхъ перелойнаго артрита, гдѣ леченіе другими методами не даетъ скорого видимаго улучшенія, можетъ быть испробовано дѣйствіе антигонококковой сыворотки на основаніи слѣдующаго соображенія. Большинство страдавшихъ перелойными артритами получаютъ серьезный дефектъ въ здоровьѣ. По *Богданову* анкилозъ наступаетъ въ 15% всѣхъ случаевъ и въ 15% ригидность суставовъ. Это обстоятельство по мнѣнію *Jullien'a* зависитъ отъ того, что суставы благодаря длительности страданія долго принуждены находиться въ неподвижномъ состояніи. Согласно наблюденіямъ *Reclus* и *Duplay* при существованіи гнойнаго выпота неподвижная повязка черезъ 12 дней можетъ привести къ полному анкилозу. Съ другой стороны, т. к. по вычисленію *Gujard'a* острый періодъ болѣзни тянется въ среднемъ 5 недѣль и все это время острая болѣзненность заставляетъ иммобилизовать суставъ, то ясно, что условія благопріятствуютъ развитію анкилозовъ. По теоріи *Rogers'a* сыворотка, впрыснутая больнымъ, вызываетъ у нихъ распадъ гонококковъ и освобожденіе въ тканяхъ эндотоксина, который въ свою очередь вызываетъ усиленіе гнойнаго выпота и увеличеніе этимъ болей. Но въ то же время острый періодъ болѣзни сокращается почти вдвое. Вотъ это-то сокращеніе остраго періода болѣзни и возможность болѣе быстрой мобилизаціи суставовъ, мѣшающей наступленію анкилоза, и является по моему мнѣнію показаніемъ къ примѣненію сыворотки въ случаяхъ, не поддающихся другой терапіи.

Не найдя такимъ образомъ удовлетворенія отъ примѣненія сыворотки, мы рѣшили испытать дѣйствіе гонококковой вакцины на перелойные процессы, тѣмъ болѣе, что и литературныя данныя говорили за превосходство вакцины передъ сывороткой.

По мнѣнію *Wright'a* гонококкъ, вызывающій по преимуществу мѣстные инфекціонные процессы, является наиболѣе благодарнымъ объектомъ изъ всѣхъ бактерій для вакцинотерапіи. *Wright* считаетъ, что антитоксическая сыворотка не можетъ давать успѣшныхъ результатовъ, такъ какъ гонококкъ истинныхъ токсиновъ не образуетъ. Гонотоксины образуются не въ результатъ жизнедѣятельности гонококковъ, а являются продуктомъ ихъ распада. Поэтому бактерицидныя сыворотки, получаемыя отъ иммунизированныхъ гонотоксиномъ животныхъ, не могутъ, по мнѣнію *Wright'a*, давать практическихъ результатовъ. Приведенныя выше выдержки изъ исторій болѣзни вполне подтвердили заключенія *Wright'a*.

Лучше всего, конечно, пользоваться аутовакциной (*Reiter, Menzer*). На практикѣ осуществить это пожеланіе не всегда удастся. Если при остромъ перелое и осложненіяхъ его, сопровождающихся обильнымъ отдѣленіемъ изъ канала, и не представляется особенно затруднительнымъ выдѣлить чистую культуру гонококка, то при хронической гонорее, гдѣ примѣненіе вакцины особенно желательно, въ виду по-

лучающихся при этомъ блестящихъ результатахъ, получить вирулентную аутовакцину удастся крайне рѣдко. Въ этихъ случаяхъ аутогенныя вакцины не могутъ конкурировать съ поливалентными, такъ какъ жизнеспособность микробовъ и ихъ жизнѣдѣтельность ослаблены и, слѣдовательно, ослаблена способность вызывать активныя антитѣла. Исходя изъ этого соображенія, да и не имѣя возможности по нѣкоторымъ техническимъ условіямъ добывать у нашихъ больныхъ аутовакцину, мы пользовались вакциной фирмы *Parke, Davis et Co* или вакциной лабораторіи *Блюменталя*. Въ настоящее время рядъ сообщеній изъ различныхъ клиникъ Германіи свидѣтельствуетъ объ отличныхъ результатахъ полученныхъ при примѣненіи „*Arthigon'a*“. Подъ этимъ названіемъ выпущена гонококковая вакцина, состоящая изъ смѣси нѣсколькихъ гонококковыхъ культуръ и являющаяся такимъ образомъ поливалентной.

Лично мы опыта съ *Arthigon'омъ* не имѣемъ. Вакцина фирмы *Parke, Davis et Co*, имѣющаяся въ продажѣ въ разведеніи 5.000.000 убитыхъ гонококковъ въ 1 к. см., и вакцина фирмы *Блюменталя* въ разведеніи 1.000.000 гонококковъ въ 1 к. см. и 5.000.000 гонококковъ въ 1 к. см. впрыскивалась нами въ количествѣ отъ  $\frac{1}{2}$  к. см. второго разведенія (5.000.000 гонококковъ) и до 1 к. см. перваго или третьяго разведеній (5.000.000 гонококковъ). Ни въ одномъ случаѣ впрыскивать большую дозу или пользоваться вакциной болѣе высокой концентрации мы нужды не находили. Литературныя указанія въ отношеніи дозировки инъекцій объединить чрезвычайно трудно. Такъ, *Whitmore* впрыскиваетъ 2.500 миллионъ микробныхъ тѣлъ за одинъ разъ, *Mauté* всего лишь 500.000. Такія различныя дозы зависятъ, конечно, отъ особенностей приготовленія самыхъ вакцинъ. Поэтому, начиная опыты съ новой серіей вакцины, слѣдуетъ всегда впрыскивать съ очень малыхъ дозъ.

Съ осени этого 1912 года примѣняется нами вакцина, изготовляемая въ бактериологическомъ институтѣ имени Габричевскаго при Московскомъ Университетѣ, которая для клиническихъ больныхъ любезно отпускается директоромъ института В. И. Кедровскимъ бесплатно. Вакцина эта титруется не по методу *Wright'a* количествомъ микробныхъ тѣлъ, содержащихся въ 1 куб. см., а на основаніи отека, получающагося у кроликовъ при введеніи имъ вакцины подъ кожу. Выпускаемая новую серію вакцины въ продажу институтъ помѣчаетъ на каждомъ флаконѣ начальную дозу, то есть ту, которая вызываетъ у кролика минимальный отекъ. При острыхъ и свѣжихъ процессахъ слѣдуетъ по моимъ наблюденіямъ начинать съ этой дозы. При старыхъ, вялыхъ процессахъ, равно при примѣненіи съ діагностическою цѣлью доза эта должна быть удвоена.

Что касается до мѣста инъекцій, то намъ приходилось впрыскивать вакцину въ различныя мѣста организма — въ спину, бедра, ягодицы, въ область предплечій, въ бока и въ брюшные покровы. Наи-



болѣе удобнымъ мѣстомъ для инъекцій являются, на основаніи нашихъ наблюденій, брюшные покровы, такъ какъ болѣзненность въ мѣстѣ впрыскиванія, являющаяся въ видѣ реакціи на послѣднее— въ этихъ мѣстахъ наименѣе беспокоитъ больныхъ. При впрыскиваніи въ ягодицы или спину болѣзненность въ мѣстѣ инъекціи мѣшаетъ больнымъ сидѣть и лежать. Болѣзненность при инъекціяхъ въ бедра и предплечья мѣшаетъ активнымъ движеніямъ, уже и безъ того нерѣдко болѣзненнымъ, и тѣмъ самымъ усугубляетъ страданія больного и затемняетъ самый ходъ болѣзненного процесса.

Стремленіе нѣкоторыхъ врачей (*Дембская*) впрыскивать вакцину возможно ближе къ очагу заболѣванія не имѣетъ по моему подѣ собой прочной научной основы, такъ какъ, впрыскивая вакцину, мы дѣйствуемъ не ею самой непосредственно и не создаемъ въ организмѣ, такъ сказать, депо антитоксиновъ, а лишь повышаемъ антитоксичность кровяной сыворотки.

Повышая постепенно дозу впрыскиваемой вакцины по мѣрѣ уменьшенія реакціи со стороны организма, мы вводили ее подѣ кожу черезъ 2—3 дня, когда вызванная реакція исчезала. Дать точную схему, сколько и какъ часто вводить вакцину подѣ кожу, мнѣ не представляется возможнымъ, такъ какъ единственнымъ критеріемъ можетъ и должна служить лишь реакція со стороны организма, всегда индивидуальная. При значительной реакціи доза впрыснутой вакцины должна быть повторена. При незначительной реакціи или полномъ отсутствіи ея (въ случаѣ несомнѣнной гонорройной инфекціи) можетъ быть удвоена.

*Hagen* рекомендуетъ все время леченія варьировать дозировку при чемъ мѣриломъ реакціи со стороны больного беретъ температурную кривую. Мы лично руководствовались общимъ симптомокомплексомъ реакцій. При инъекціяхъ вакцины реакція со стороны больного организма можетъ наблюдаться четырехъ видовъ: *общая, температурная, мѣстная и очаговая*.

Общая реакція выражается въ головной боли, общей разбитости, недомоганіи, сонливости, учащеніи дыханія и пульса. Наступаетъ таковая черезъ 3—6 часовъ послѣ инъекціи и держится въ теченіе 12—18 часовъ. По нашимъ наблюденіямъ общая реакція наименѣе постоянна— мы имѣли возможность не разъ наблюдать больныхъ, у которыхъ рѣзко были выражены три послѣдующія реакціи (температурная, мѣстная и очаговая) и не было общей реакціи. Чѣмъ процессъ свѣжѣе, тѣмъ общая реакція встрѣчается чаще. Далѣе, чѣмъ выше первоначальная доза вакцины, тѣмъ чаще общая реакція. Въ общей сложности съ остальными реакціями она имѣетъ извѣстное значеніе; сама по себѣ одна общая реакція значенія не имѣетъ, такъ какъ утверждать, что общее недомоганіе или головная боль въ данномъ случаѣ зависятъ отъ впрыснутой вакцины, а не отъ случайной причины (простуда, желудокъ и т. п.), мы не можемъ.

Температурная реакція наблюдалась нами черезъ 6 — 8 часовъ послѣ впрыскиванія въ видѣ повышенія кривой безъ озноба и литического паденія ея черезъ 12—36 часовъ, смотря по количеству впрыснутой вакцины. Эту реакцію я считаю наиболѣе постоянной и наиболѣе характерной. Колебанія температуры послѣ инъекціи считаю самымъ надежнымъ показателемъ для дозировки вакцины и вполне согласенъ съ *Bruck'омъ*, что при вакцинотерапіи всегда слѣдуетъ добиваться полученія температурной реакціи. При сильномъ повышеніи температуры — болѣе чѣмъ на полтора градуса, впрыснутая доза должна быть повторена; при незначительномъ повышеніи до одного градуса — удвоена. Приступать къ дальнѣйшимъ инъекціямъ можно не ранѣе, чѣмъ колебанія температуры придутъ къ нормѣ. Чѣмъ процессъ свѣжѣе, тѣмъ температурная реакція обыкновенно бываетъ выражена болѣе рѣзко.

Мѣстная реакція выражается въ появленіи красноты и воспалительнаго инфильтрата въ мѣстѣ впрыскиванія. Всѣмъ безусловно хорошо извѣстно, что впрыскиваніе даже индифферентной жидкости (физиологическій растворъ повареной соли) можетъ вызвать появленіе красноты на мѣстѣ инъекціи и инфильтратъ. Поэтому я считаю тутъ нужнымъ указать, что вакцину слѣдуетъ впрыскивать возможно глубже въ подкожную клѣтчатку. Въ противномъ случаѣ, если вакцина попадетъ въ толщу самой кожи — въ глубокіе слоя ея, то всасываніе будетъ затруднено, что можетъ повести къ ошибочнымъ заключеніямъ, терапевтическій эффектъ будетъ уменьшенъ, а болѣзненный инфильтратъ будетъ держаться долго.

Само собой разумѣется, что впрыскиваніе вакцины должно производиться при тщательномъ соблюденіи обычныхъ правилъ асептики. Кожа на мѣстѣ инъекціи вытирается эфиромъ и спиртомъ, шприцъ и игла стерилизуются кипяченіемъ. Йодомъ кожу передъ впрыскиваніемъ вакцины смазывать не слѣдуетъ, такъ какъ окраска мѣшаетъ наблюдать появленіе реактивной красноты.

По частотѣ появленія мѣстная реакція занимаетъ второе мѣсто — тотчасъ за температурной; появляется она нерѣдко, уже черезъ два часа послѣ инъекціи и при правильномъ введеніи вакцины исчезаетъ нѣсколько ранѣе температурной реакціи. Очаговая реакція заключается въ обостреніи латентно протекавшаго процесса — боли въ пораженныхъ мѣстахъ усиливаются. Органы, вовлеченные въ воспалительный процессъ, припухаютъ и гнойное истеченіе изъ мочеиспускательнаго канала усиливается. Нерѣдко подъ вліяніемъ впрыснутой вакцины появляется изъ канала отдѣляемое — до того совершенно отсутствовавшее. Характернымъ является нахожденіе въ отдѣляемомъ гонококковъ, констатировать присутствіе которыхъ прежде, до инъекціи вакцины, сплошь и рядомъ не удавалось. Это послѣднее обстоятельство придаетъ особую цѣнность очаговой реакціи въ діагностическомъ отношеніи. Появляется очаговая реакція одновременно съ

температурной — черезъ 6 — 8 часовъ послѣ инъекціи — держится же значительно дольше первой въ видѣ тупыхъ болей въ пораженныхъ специфическимъ процессомъ органахъ.

По частотѣ своего появленія очаговая реакція стоитъ на одномъ уровнѣ съ мѣстной.

Это свойство вакцины вызывать реакцію со стороны организма слѣдуетъ всегда имѣть въ виду и проводить вакцинотерапію съ извѣстнаго рода осторожностью, стараясь не вызывать слишкомъ бурной реакціи. Поэтому я рекомендую начинать инъекцію всегда съ маленькихъ дозъ, каковыми для свѣжихъ случаевъ является 500.000 микробныхъ тѣлъ и для хроническихъ случаевъ — 1.000.000 микробныхъ тѣлъ. Больные всегда должны быть предупреждены о возможномъ обостреніи процесса, появленіи болей и повышеніи температуры.

Впрыскивая вакцину мы всегда руководствовались исключительно клиническими явленіями, считая, что клиническія наблюденія больныхъ послѣ впрыскиваній даютъ наилучшіе и наиболѣе точные результаты. Рядъ авторовъ — *Menzer, Thomas, Reiter, Bruck, Harvey, Дембская, Вербовъ* и другіе указываютъ на то, что температурныя колебанія, пульсъ, общее состояніе больныхъ, мѣстная и очаговая реакціи — являются достаточно надежной руководящей нитью для вакцинотерапіи.

Опредѣленія опсонического индекса, какъ требуетъ этого *Wright*, мы не производили ни разу, отчасти изъ вышеприведеннаго соображенія, отчасти будучи вполне согласны съ мнѣніемъ *Gugisberg'a*. Последній, указывая на техническую трудность опредѣленія опсонического индекса по *Wright'u*, считаетъ, что самая техника такого опредѣленія не отличается должной точностью. Невозможность полученія равномерной эмульсіи бактерій и неизбежность образованія комочковъ склеившихся гонококковъ, ведутъ за собой поглощеніе цѣликомъ скопленій кокковъ. Число лейкоцитовъ въ эмульсіи, несмотря на одинаковую технику и равно одинаковую продолжительность встряхиванія, бываетъ весьма различно. Далѣе, весьма большую роль въ подсчетѣ внутриклеточныхъ кокковъ играетъ субъективный элементъ. Всѣ эти соображенія говорятъ противъ практической примѣнимости опсонического индекса.

Большинство авторовъ не примѣняло его при своихъ наблюденіяхъ, считая достаточнымъ критеріемъ клиническія явленія. Лишь *Меркурьевъ, Зиберъ* и *Теребинская* находятъ нужнымъ руководствоваться при вакцинотерапіи перелоя указаніями опсонического индекса. *Штернбергъ* указываетъ, что кромѣ технической трудности опредѣленія индекса, слѣдуя только его указаніямъ, часто ошибочнымъ, и игнорируя общее клиническое состояніе больныхъ и измѣненія въ болѣзненномъ очагѣ, легко съ инъекціей попасть именно въ отрицательную фазу.

Если у нѣкоторыхъ авторовъ вакцинотерапія перелойныхъ осложнений и не принесла желанныхъ результатовъ, то именно у тѣхъ, кото-

рые руководствовались въ дозировкѣ и установкѣ промежутковъ между инъекціями указаніями только опсонического индекса (*Теребинская*) или вели иммунизацию слишкомъ форсированно (*Köhler*), попадая съ послѣдующими инъекціями въ отрицательную фазу. По мнѣнію *Меркурьева*, неуспѣхъ вакцинотерапіи перелойныхъ заболѣваній всегда зависитъ отъ недостатка техники. *Совинскій* въ данномъ отношеніи не такъ радикаленъ и считаетъ неуспѣхъ вакцинотерапіи въ томъ, что одновременно существуетъ смѣшанное зараженіе. Поэтому слѣдуетъ при неуспѣхѣ направить леченіе и противъ другихъ гноеродныхъ кокковъ, способныхъ поддерживать процессъ, гонококками вызванный.

Слѣдуетъ ли при вакцинотерапіи перелоя добиваться реакціи со стороны организма на вводимую вакцину? На этотъ вопросъ слѣдуетъ отвѣтить безусловно въ положительномъ смыслѣ. Имѣя въ качествѣ критерія для сужденія о дѣйствіи вакцины лишь реакцію со стороны организма на введеніе ея, мы непременно должны стараться эту реакцію вызвать. Если реакціи не получается, то слѣдуетъ заключить — или, что доза впрыснутой вакцины недостаточна, или, что мы имѣемъ дѣло не съ гонорройной инфекціей. *Reiter* и *Wright* указываютъ лишь, что, добиваясь при впрыскиваніи вакцины реакціи, слѣдуетъ довольствоваться минимальной реакціей, избѣгая слишкомъ бурной, чтобы не вызвать отрицательной фазы. *Дембская* придаетъ особенную цѣнность температурной реакціи, т. к. по ея мнѣнію послѣдняя является наилучшимъ показателемъ жизнеспособности клѣтокъ организма и достаточной способности ихъ вырабатывать защитныя антитѣла.

При хроническихъ воспалительныхъ процессахъ гонококкового происхожденія вакцина всегда вызывала у насъ обостреніе процесса, при латентныхъ инфекціяхъ — проявленіе скрытаго процесса.

Это обстоятельство позволило попытаться примѣнять гонококковую вакцину съ діагностической цѣлью. *Stockman* указалъ, что онъ не наблюдалъ повышенія температуры у здоровыхъ, гесп. у лицъ не страдающихъ гонорреей, при впрыскиваніи имъ подъ кожу даже 500 миллионовъ микробныхъ тѣлъ. Въ случаяхъ же хроническихъ и даже очень давно текущихъ ему приходилось наблюдать повышеніе на 0,5 gr. уже при введеніи 20 миллионовъ. *Совинскій*, наблюдавшій во всѣхъ случаяхъ гонорреи, лѣченныхъ имъ вакциной, повышеніе температуры, считаетъ его специфическимъ для данной инфекціи.

*Simon*, считая діагностическое значеніе вакцины при гонококковыхъ инфекціяхъ небольшимъ, указываетъ, что цѣнно лишь повышеніе температуры не менѣе, какъ на градусъ. Реакція въ мѣстѣ укола по *Simon*у неспецифична, реакція въ перелойномъ очагѣ рѣдко выражена настолько ясно, чтобы могла имѣть рѣшающее значеніе.

*Menzer*, *Reiter* и *Штернбергъ* придаютъ значеніе для діагностики лишь очаговой реакціи.

*Schultz*, считая центр тяжести въ очаговой реакціи, находитъ необходимымъ еще существованіе общей реакціи для установки діагноза.

*Fromme*, придавая очаговой реакціи лишь относительную цѣнность, считаетъ наиболѣе важнымъ для діагностики — существованіе общихъ явленій.

*Brück* и *Вербовъ* отмѣчаютъ, что имъ не приходилось встрѣчаться съ очаговой реакціей, которая по ихъ мнѣнію лишь одна специфична. Что касается до мѣстной или общей реакціи, то они считаютъ ихъ лишь отвѣтомъ организма на введеніе постороннихъ ему веществъ, безразлично отъ того больной ли это организмъ, или здоровый. На основаніи этого и *Вербовъ* и *Brück* отрицаютъ діагностическое значеніе вакцины.

*Slingenberg* считаетъ, что если съ увеличеніемъ дозы впрыскиваемой вакцины увеличиваются и колебанія температуры, и въ то же время является очаговая реакція — діагнозъ перелойной инфекціи непоколебимъ.

*Gugisberg*, не отрицая значенія *Wright'овскаго* метода для распознаванія гонорреи, указываетъ на чрезвычайную важность усиленія при вакцинотерапіи истеченія изъ канала, въ которомъ нерѣдко легко удастся обнаружить присутствіе гонококковъ. Лучше всего, конечно, по мнѣнію *Gugisberg'a* пользоваться для діагностики методомъ опредѣленія опсонического индекса, который чаще всего здѣсь бываетъ пониженъ, такъ какъ обыкновенно приходится имѣть дѣло съ чисто мѣстнымъ процессомъ. Но, какъ техническая трудность изслѣдованія, такъ и недостаточное совершенство техники, на которыя уже выше было указано, заставляютъ оставить этотъ методъ.

Примѣнивъ вакцину въ 74 случаяхъ съ лечебной цѣлью, изъ которыхъ 12 разъ на стационарныхъ больныхъ андрологической клиники Московскаго Университета и 62 раза на амбулаторныхъ больныхъ клиники и больныхъ моей личной частной практики, я имѣлъ возможность 72 раза наблюдать температурную реакцію, 63 раза очаговую (при чемъ 28 разъ въ появившемся отдѣленіи изъ канала послѣ впрыскиванія вакцины были обнаружены гонококки, до того не-находимые), 59 разъ мѣстную и 19 разъ общую.

Обративъ вниманіе на то, что температурная реакція сопровождается почти всякое введеніе вакцины при завѣдомыхъ случаяхъ гонококковыхъ инфекцій, очаговая же реакція и мѣстная бываютъ въ большинствѣ случаевъ, я рѣшилъ, опираясь на приведенныя мною выше литературныя указанія и свой личный опытъ, попробовать примѣненіе вакцины въ качествѣ діагностическаго метода. Важность обладать такимъ методомъ станетъ совершенно понятной, когда мы вспомнимъ, какую нравственную отвѣтственность беретъ на себя врачъ, рѣшая вопросъ о здоровьѣ субъекта, перенесшаго гоноррею и желающаго вступить въ бракъ. Намъ извѣстны печальные случаи,

когда лицо, консультировавшее передъ бракомъ съ опытнымъ врачомъ, продѣлавшее рядъ бактериоскопическихъ и бактериологическихъ изслѣдованій, подвергнувшееся эндоскопії, нерѣдко даже провокаціонному методу леченія, вступая въ конкубинатъ *cum virgine intacta* — заболѣвало явленіями остраго перелоя *post abusum in Venere* и заражало свою жену. Исключительно гонококки, сидѣвшіе въ глубинѣ парауретральныхъ железъ или въ предстательной железѣ и не дававшіе ничѣмъ знать о себѣ до поры и времени, могли явиться причиной такого горькаго разочарованія во врачѣ и методахъ леченія перелоя. Невозможность открыть незагаснувшій источникъ болѣзни явилась причиной врачебной ошибки. Поэтому вполне понятно стремленіе достигъ метода, дающаго возможность безошибочно рѣшать вопросъ о здоровьѣ или болѣзни лица, перенесшаго перелой.

Съ діагностическою цѣлью нами примѣнена была вакцина въ 25 случаяхъ. По описанному выше методу впрыскивался 1.000.000 микробныхъ тѣлъ. Если получалось повышеніе температуры не менѣе чѣмъ на 6—7 десятыхъ, и не позднѣе, какъ черезъ 8 часовъ послѣ инъекціи, при чемъ это повышеніе сопровождалось одновременно очаговой или мѣстной реакціей, то я считалъ эти явленія достаточными для установки діагноза перелоя въ положительномъ смыслѣ. 12 разъ изъ 25 случаевъ мнѣ удалось обнаружить въ усилившемся отдѣленіи присутствіе гонококка, до впрыскиванія остававшагося скрытымъ. Въ этихъ случаяхъ, конечно, діагнозъ поколебленъ быть не могъ. 4 раза на основаніи повышенія температуры и усиленія болей въ придаткѣ—процессъ въ которомъ казалось уже совершенно закончился—я пришелъ къ заключенію, что гонококкъ гнѣздится еще въ организмѣ и, предпринявъ энергичное леченіе, мѣстное—въ видѣ дилататора и общее впрыскиваніями вакцины, достигъ появленія выдѣленій изъ канала, въ которыхъ удалось обнаружить присутствіе гонококковъ.

Точно такъ же въ трехъ другихъ случаяхъ, гдѣ температурная реакція сопровождалась мѣстной—и въ двухъ, гдѣ температурная реакція сопровождалась очаговой—въ видѣ появленія болей въ пораженныхъ когда-то суставахъ (въ одномъ случаѣ 3 года назадъ), поставленный положительный діагнозъ въ дальнѣйшемъ легко подтвердился. Въ 3-хъ случаяхъ, не получивъ никакой реакціи на впрыснутую вакцину, и въ одномъ случаѣ, получивъ лишь мѣстную реакцію, я рѣшилъ вопросъ въ отрицательномъ смыслѣ. Въ двухъ случаяхъ, изъ четырехъ послѣднихъ, была произведена контрольная реакція спустя 2—4 недѣли съ одинаковымъ отрицательнымъ результатомъ.

Я, лично, держусь такого мнѣнія, что, впрыскивая вакцину съ лѣчебной цѣлью, мы непременно должны добиваться реакціи на нее со стороны организма, такъ какъ, съ одной стороны, эта реакція даетъ намъ точныя указанія на характеръ процесса, а съ другой стороны—эта реакція является единственнымъ находящимся въ нашемъ распоряженіи критеріемъ дозировки дальнѣйшихъ инъекцій.

Наблюденія *Menzer'a* показали, что клиническая картина реакціи идетъ параллельно опсонической кривой. Негативная фаза, то-есть паденіе опсонического индекса, совпадаетъ съ развитіемъ реакціи отъ впрыскиванія. Слѣдовательно, производить слѣдующую инъекцію должно не ранѣе, чѣмъ утихнетъ реакція отъ предыдущей. Впрыскивать сразу большія дозы не слѣдуетъ, чтобы не вызвать слишкомъ сильной реакціи и, слѣдовательно, большой негативной фазы, указывающей на значительное паденіе защитительныхъ силъ организма. Повтореніе инъекцій во время реакціи не только не усиливаетъ дѣйствія впрыснутой вакцины, но даже, понижая опсоническую способность, ослабляетъ защитительныя силы организма и можетъ сопровождаться опасностью для общаго состоянія здоровья.

Что касается до механизма дѣйствія вакцины, она не является бактерицидной средой, а лишь иммунизируетъ организмъ, который становится неподходящей средой для жизнедѣятельности гонококковъ. *Brück* установилъ одновременно съ *Müller'омъ*, что кровяная сыворотка лицъ, страдающихъ метастазированной гонорреей, обладаетъ способностью давать реакцію фиксаціи комплемента. Это нахожденіе въ крови больныхъ специфическаго амбоцептора дало ему возможность создать теорію дѣйствія вакцины. Если мы впрыснемъ подъ кожу больного антигенъ, каковымъ является вакцина, то по истеченіи извѣстнаго времени образуются специфическія для даннаго антигена антитѣла. *Schindler* и *Brück* указываютъ, что гонококкъ и его эндотоксины дѣйствуютъ склерозирующе на мѣстные тканевые элементы. Гонококкъ распадается въ осумкованныхъ очагахъ и, освобождая гонотоксины, вызываетъ максимальный склерозъ. Образую въ кровяной сывороткѣ антитѣла вакцина нейтрализуетъ гонотоксины, ослабляетъ этимъ склерозирующую способность гонококка, переводитъ инфильтраты на степень простыхъ травматическихъ и даетъ возможность послѣднимъ рассасываться подъ вліяніемъ усиленнаго притока лимфы.

Такое пониманіе сущности дѣйствія вакцины позволило намъ примѣнить ее въ одномъ случаѣ хроническаго перелойнаго артрита съ блестящимъ результатомъ.

Крестьянинъ К., 20 лѣтъ, поступилъ 14/II 1911 года въ андрологическую клинику съ жалобой на отсутствіе движеній и боли въ правомъ плечевомъ суставѣ. За 4 мѣсяца до поступленія заболѣлъ впервые перелоемъ; на третій день заболѣванія внезапно распухъ пястнофаланговый суставъ правой ноги, затѣмъ правый плечевой суставъ. Острыя боли въ ногѣ и повышеніе температуры держались въ теченіе 4-хъ недѣль—больной принималъ аспиринъ, салициловый натръ, ставилъ на больной суставъ мушки. Перелой въ это время не лѣчилъ. Температура постепенно пришла къ нормѣ, пястнофаланговый суставъ пересталъ беспокоить больного, боли же въ плечѣ не прекращались и движенія въ немъ стали ограничены. Все время принималъ санталъ, лѣчилъ мѣстно перелой, для сустава же никакого лѣченія. При поступленіи: мышцы, окружающія суставъ атрофичны, при ощупываніи сустава значительная чувствительность. Активные движенія невозможны ввиду болѣе ирригидности сустава. Пассивныя движенія ограничены. Наибольшій уголъ отведенія плеча равняется двадцати пяти градусамъ. Незначительное отдѣленіе изъ канала содержитъ лейкоциты и гонококки Нейссера.

17/II. 1911. Т. 36,3.—36,9. Впрыснуто 2 миллиона вакцины. Санталъ внутрь.

18/II. Т<sup>0</sup>. 36,3—36,3. Боли въ суставѣ значительно усилились.

19/II. Т<sup>0</sup> 36,3—37,0. Впрыснуто 3 миллиона вакцины.

20/II. Т<sup>0</sup> 36,3—36,4. Боли въ суставѣ лишь при движеніяхъ. Движенія значительно улучшились. Отведеніе плеча: пассивное возможно на шестьдесятъ градусовъ. Выдѣленіе изъ канала значительно усилилось.

22/II. Болей нѣтъ—активные движенія возможны въ небольшихъ размѣрахъ.

23/II. Впрыснуто 5.000.000 вакцины. Т<sup>0</sup> 36,3—36,6.

28/II. Пассивное отведеніе возможно на 90°. Активные движенія безболѣзненны. Приступлено къ электризаціи сустава и мѣстному лѣченію перелоя.

22/II. 1911 г. Больной выписывается послѣ 6 инъекцій вакцины совершенно поправившись. Выдѣленія изъ канала нѣтъ. Боли въ суставѣ исчезли, движенія вполнѣ возстановились.

Всего при сочленовнрмъ ревматизмѣ вакцина была примѣнена нами 14 разъ. Изъ нихъ 10 разъ дѣло шло объ остромъ воспаленіи суставовъ и 4 раза о подостромъ и хроническомъ. Въ большинствѣ случаевъ температура, бывшая при остромъ заболѣваніи повышенной, черезъ сутки послѣ инъекцій послѣ реактивнаго подъема спадала и быстро приходила къ нормѣ. Боли, обострившіяся непосредственно послѣ впрыскиванія, утихали и выпоть, существовавшій въ суставѣ, всасывался.

П., мѣшанинъ, 35 лѣтъ, 8/III 1911 г. поступилъ въ клинику съ жалобами на опухоль обоихъ колѣнъ; температура 38,8, боли мѣшаютъ ходить. Болѣнъ воспаленіемъ суставовъ семь дней—заболѣлъ во время лѣченія проходившей уже гонорреи промываніями по Janet. Оба колѣнныхъ сустава увеличены, имѣется выпоть, надколѣнные чашки ясно баллотируютъ. Послѣ второго впрыскиванія вакцины больной сталъ ходить свободно по палатѣ. 3/IV 1911 г. больной выписался съ нормальной температурой и совершенно свободной походкой безъ болей.—Всего было произведено 5 инъекцій вакцины. Гонококки въ выдѣленіи при поступленіи исчезли ко времени выписки. Внутрь больной принималъ санталовое масло, каналъ промывался по Janet марганцевымъ кали, на суставы накладывался согрѣвающий компрессъ.

Т., крестьянинъ, 31 года, поступилъ въ клинику съ опухолью обоихъ колѣнныхъ суставовъ. 2-ой перелой, осложнившійся воспаленіемъ обоихъ суставовъ на 3-й день болѣзни. При поступленіи въ клинику 28/III 1911 г. ходить не можетъ. Наибольшій поперечный объемъ праваго колѣна 38 см., наибольшій объемъ лѣваго колѣна 37 см. Колѣнные чашки ясно баллотируютъ. Произведено 6 инъекцій вакцины гонококковой всего введено подъ кожу 30.000.000 микробныхъ тѣлъ. 27/IV 1911 г. Больной выписался съ совершенно свободными движеніями, безъ малѣйшихъ болей. Наибольшій объемъ праваго колѣннаго сустава при выпискѣ 35 см., лѣваго 33 см.

Эти двѣ вкратцѣ мной приведенныя исторіи болѣзни вполнѣ иллюстрируютъ тотъ блестящій успѣхъ, который мы получали отъ лѣченія гонорройныхъ артритовъ и синовитовъ вакциной. Лишь въ одномъ случаѣ вакцина не принесла желаннаго результата.

Студентъ Р., 24 лѣтъ, поступилъ 16/IX 1911 г. въ андрологическую клинику съ жалобами на гнойнос истеченіе изъ канала, содержащее гонококки и боли въ лѣвомъ колѣнномъ суставѣ и лѣвомъ крестцово-подвздошномъ сочлененіи. Рядъ прелоевъ, лѣчился плохо, нѣсколько разъ болѣли суставы. Послѣдній перелой 3 мѣсяца назадъ. Суставы нѣсколько увеличены въ размѣрахъ. Движенія болѣзненны. Изъ канала порядочное выдѣленіе—гонококки въ послѣднемъ обнаружены. Произведено до 20/X 1911 г. 6 инъекцій вакцины—всего 8.500.000 микробныхъ тѣлъ. Боли въ суставахъ значительно стихли,



но движенія все-таки вызывали ихъ появленіе. Больной по домашнимъ обстоятельствамъ выпиcался, не доведя лѣченіе до конца.

Но если въ этомъ случаѣ гонококковая вакцина и не принесла пользы больному, то она пріостановила распространеніе болѣзни на другіе органы и предохранила организмъ отъ возможныхъ осложненій. Кромѣ того купировавъ процессъ, уже давно длившійся, вакцина воспрепятствовала образованію анкилоза. Намъ ни разу не приходилось при примѣненіи вакцины наблюдать ригидности или полного анкилоза суставовъ. Мало того, ригидные уже суставы въ хроническихъ случаяхъ перелойныхъ артропатій подъ вліяніемъ рассасывающаго дѣйствія вакцины пріобрѣтали полную подвижность.

Далѣе мы имѣли возможность 2 раза наблюдать дѣйствіе вакцины при общей гонеміи въ двухъ случаяхъ остраго гоноррейнаго эндокардита. Считая гонококковую инфекцію чисто мѣстной болѣзью, прежніе авторы полагали, что проникновеніе бактерій въ общій токъ крови происходитъ крайне рѣдко и гонококковое пораженіе сердца является значительной рѣдкостью.

Въ третьемъ изданіи своего учебника (1894 г.) *Finger* говоритъ: „въ настоящее время число извѣстныхъ случаевъ перелойнаго эндокардита доходитъ до 40. Слѣдовательно перелойный эндокардитъ есть болѣзнь рѣдкая, которая частью осложняетъ ревматизмъ, сопровождающій перелой, частью же развивается, правда рѣже, какъ непосредственное осложненіе перелоя“. Позднѣйшіе авторы наблюдали эндокардитъ значительно чаще. По *Богданову* 30% всѣхъ гонококковыхъ артритовъ сопровождается заболѣваніемъ эндокардіа. На связь перелоя и эндокардита впервые въ 1854 году указалъ *Brandes*. До этихъ же поръ господствовало мнѣніе *Trousseau*, который считалъ правиломъ, что перелойный ревматизмъ никогда не осложняется болѣзнями сердца, чѣмъ и отличается отъ остраго сочленовнаго ревматизма. Возможность чисто гонококковой природы эндокардита удалось впервые установить *Leyden*у, *Wechselbaum*у, *Ely* и др. рассматривали эндокардитъ при перелое, какъ результатъ смѣшанной инфекціи. Перелой являлся по ихъ мнѣнію лишь случайной причиной—воротами, черезъ которыя проникали въ кровь гнойные кокки (*streptococcus pyogenes*). *Бѣлоголовый*, *Leyden*, *Neisser* и мног. другіе находили въ легко снимавшихся разраженіяхъ сердечныхъ клапановъ диплококковъ, характерныхъ для гонококковъ по окраскѣ и морфологическимъ особенностямъ. *Prochaska*, *Wassermann*у и другимъ удалось получить изъ отложеній на сердечныхъ клапанахъ лицъ, умершихъ при явленіяхъ гонококковаго эндокардита, чистыя разводки гонококковъ даже тогда, когда при жизни въ носѣвахъ изъ крови ничего обнаружить не удавалось. Такимъ образомъ, возможность эндокардита чисто гонококковаго происхожденія была установлена непоколебимо. Одинъ изъ наблюдавшихся нами случаевъ интересенъ именно въ томъ отношеніи, что мы имѣли дѣло съ пораженіемъ исключительно одного

эндокардія при гонококковой инфекціи—ни одинъ изъ суставовъ вовлеченъ въ процессъ не былъ.

Р., 24 лѣтъ, сынъ купца, поступилъ 10/xii 1911 г. съ жалобами на ознобы, повышенную температуру, боли въ области сердца и неопредѣленные боли въ спинѣ и конечностяхъ. Въ дѣтствѣ перенесъ скарлатину, осложнившуюся острымъ воспаленіемъ почекъ, съ тѣхъ поръ ничѣмъ не хворалъ. 2 мѣсяца назадъ получилъ перелой, который подъ вліяніемъ мѣстнаго лѣченія исчезъ черезъ мѣсяцъ. За 2 недѣли до поступленія въ клинику появились неопредѣленнаго характера боли въ конечностяхъ, суставы не опухали одновременно температура стала сильно колебаться (40,5—37,3) и появились боли въ области сердца, сопровождавшіяся одышкой. При поступленіи: сердце расширено вправо на палецъ за край грудины, влѣво до соска. У верхушки систолическій шумъ и акцентъ на аортѣ. Толчекъ сердца разлитой. Пульсъ 115, съ перебойми. Постъвы произведенные на асцитъ-агарѣ, сывороткѣ-агарѣ и бульонѣ крови, взятой изъ вены локтевого сгиба дали отрицательные результаты (въ пробиркахъ ничего не выросло). Боли по тракту п. ischiadici dextri, боли въ крестцово-полвздошныхъ сочлененіяхъ обѣихъ сторонъ. Опухоты суставовъ нигдѣ нѣтъ. Боли характера непостояннаго, двигаться больному не мѣшаютъ. Со стороны органовъ мочеполовой системы уклоненій отъ нормы нѣтъ. Выдѣленія изъ канала нѣтъ. Мочи за сутки 600 ccm., насыщена, уд. вѣс. 1026, въ осадкѣ—зернистые и гіалиновые цилиндры, обильное количество лейкоцитовъ и слизи. Гонококковъ не обнаружено.

Больному было произведено 4 впрыскиванія вакцины—всего 6.000.000 микробныхъ тѣлъ. Желаннаго результата вакцина не принесла—явленія сердечной слабости и общей гонеміи нарастали. Одышка усиливалась, а 13/xii больной окончилъ жизнь самоубійствомъ. Произведенное вскрытіе сердца показало присутствіе на клапанахъ изъязвленій покрытыхъ маркимъ, легко отдѣляющимся налетомъ, въ которомъ бактеріоскопически легко было обнаружить присутствіе значительнаго количества гонококковъ. Мѣстами на клапанахъ успѣли образоваться отложенія ввидѣ значительныхъ полиповъ.

К., студентъ, 18 лѣтъ, поступилъ 23/xi 1911 г. въ андрологическую клинику съ жалобами на боли въ промежности, гнойное отдѣляемое изъ канала, содержащее гонококки и повышенную температуру.—Первый перелой. Черезъ недѣлю послѣ появленія течи, было произведено промываніе канала по Janet, отчего появился отекъ penis'a, а черезъ 5 дней температура поднялась до 39,0° и появились боли въ промежности и яичкахъ. При поступленіи со стороны сердца ничего патологическаго не обнаружено. Изъ канала обильное отдѣленіе, содержащее гонококки. Железа увеличена болѣзненна, частые болѣзненные позывы. Назначенъ санталъ, горячія клизмочки.

27/xi. Железа опала, позывы къ мочѣ стихли. Массажъ.

29/xi. Т° 36,7—36,9. Чувствуетъ себя хорошо. Мочится за сутки 5 разъ. Болей нигдѣ нѣтъ.

6/xii. Послѣ нѣсколько грубаго массажа железы появились боли и опухоль въ лучезапястномъ сочлененіи правой руки и мелкихъ суставахъ лѣвой ноги. Т° 38,5 — 39,6. Спиртовой компрессъ.

7/xii. Боли въ суставахъ очень сильны. Боли въ области сердца. Шумъ на art. pulmonalis.

8/xii. Т° 38,8—39,3. Опухоль въ пораженныхъ суставахъ увеличилась. Боли значительны, движенія изъ-за болей совершенно невозможны. Постъвы крови изъ локтевой вены на асцитъ-агарѣ, кровяную сыворотку-агаръ и бульонъ дали отрицательный результатъ. Выдѣленіе изъ канала исчезло. Впрыснуто 1.000.000 микробныхъ тѣлъ.

9/xii. Т° 38,3—39,3. Шумъ съ первымъ временемъ на art. pulmonalis значительно меньше.

10/xii. Т° 39,3—40,2. Впрыснуто 1 к. ccm. вакцины. При выслушиваніи—шумъ тренія перикардія. Болѣзненность значительная въ мѣстѣ инъекціи.

11/xii. Т° 39,3—40,1. Боли нѣсколько меньше. Сердце уменьшилось въ размѣрахъ. Шумовъ почти не слышно.

<sup>12</sup>/хп. Т° 37,7—38,0. Впрыснуто 1.000.000 микробныхъ тѣлъ. Суставы на ногѣ безболѣзненны, боли въ суставахъ кисти усилились. Шумовъ сердца не слышно.

<sup>13</sup>/хп. Т° 37,2—37,7. Измѣненій нѣтъ.

<sup>14</sup>/хп. Т° 37,3 — 38,1. Впрыснуто 1.000.000 микробныхъ тѣлъ. Болей въ рукѣ почти нѣтъ.

<sup>16</sup>/хп. Т° 36,8—38,3. Самочувствіе лучше. Боли въ рукѣ значительно меньше при покоѣ. Болей въ сердцѣ нѣтъ.

До <sup>20</sup>/хп. Произведено еще 6 инъекцій вакцины — всего 7.000.000 микробныхъ тѣлъ. Т° 37,0—37,2. Со стороны сердца никакихъ уклоненій отъ нормы нѣтъ. Боли въ суставахъ лучезапятномъ лишь при движеніяхъ и то значительно меньше. Приступлено къ мѣстному лѣченію перелоя.

<sup>9</sup>/п. Больной выписался и черезъ 2 недѣли явившись ко мнѣ вполне здоровымъ—съ полными безболѣзненными движеніями въ конечности и отсутствіемъ какихъ-либо явленій со стороны эндокардіа, ничѣмъ не напоминалъ больного, перенесшаго столь злую инфекцію.

Такимъ образомъ, изъ двухъ случаевъ эндокардита мы получили въ одномъ блестящій успѣхъ, который всецѣло долженъ быть приписанъ дѣйствию вакцины.

Острый перелой безъ осложненій лечить вакциной намъ не пришлось. Даже при желаніи больныхъ подвергнуться при остромъ перелѣ такому методу леченія, мы отклоняли ихъ просьбы, находя, что обычный методъ леченія перелоя, выжидательный до стиханія бурныхъ явленій, а затѣмъ, по минованіи послѣднихъ, способы *Diday* и *Janet'a* при непрерывныхъ все время пріемахъ внутрь препаратовъ санталоваго масла даетъ настолько хорошіе результаты въ 4—5 недѣль, что лучшихъ и желать нельзя... Далѣе, отклоняя просьбы больныхъ острымъ перелоемъ приступить къ впрыскиваніямъ вакцины, мы руководствовались и тѣмъ взглядомъ, котораго придерживается *Gugisberg*. Послѣдній справедливо указываетъ, что иммунизаторныя силы кровяной сыворотки приносятъ мало пользы тамъ, гдѣ гонококки гнѣздятся на поверхности слизистыхъ оболочекъ и мало проникаютъ внутрь, то-есть при остромъ несложненномъ перелѣ.

*Вербовъ* пришелъ на основаніи клиническихъ наблюденій къ тому же выводу, что при остромъ перелѣ вакцина видимаго улучшенія не приноситъ. *Hagen, Schultz* считаютъ, что улучшенія въ обычномъ теченіи процесса вакцина не даетъ. *Hagen* имѣлъ даже возможность наблюдать, примѣняя при остромъ перелѣ вакцину, эпидидимиты.

Такимъ образомъ, не предохраняя при остромъ перелѣ отъ осложнений, не улучшая теченія процесса, вакцина не должна быть въ данномъ случаѣ, то-есть до метастазированія процесса, примѣняема.

Въ 4-хъ случаяхъ затянувшагося хроническаго перелоя при скудномъ утреннемъ отдѣляемомъ изъ канала, содержавшемъ гонококковъ, мы имѣли возможность наблюдать при впрыскиваніяхъ вакцины—сперва усиленіе отдѣляемаго, а затѣмъ быстрое исчезновеніе какъ гонококковъ, такъ и отдѣленія.

Въ трехъ случаяхъ изъ только что упомянутыхъ мы примѣняли одновременно и мѣстное леченіе канала въ видѣ инстилляцій раство-

ровъ ляписа. Въ одномъ же случаѣ, кромѣ вакцино-терапии и санталовыхъ препаратовъ не примѣнялось ничего.

Въ большинствѣ случаевъ хроническаго перелоя на почвѣ существовавшихъ осложнений — суженія, воспаленія парауретральныхъ железъ, простатита и т. д., мы наблюдали очаговую реакцію: всегда существовавшее до того времени, въ видѣ склеиванія наружнаго отверстія канала или утренней капли, выдѣленіе усиливалось и количество гонококковъ въ немъ увеличивалось. Въ дальнѣйшемъ, даже въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мѣстнаго леченія не производилось, мы могли наблюдать постепенное исчезновеніе отдѣляемаго почти одновременно съ исчезновеніемъ въ намъ гонококковъ.

Всего мы имѣли возможность наблюдать дѣйствіе вакцины въ 15 случаяхъ хроническаго перелоя на почвѣ имѣвшейся стриктуры мочеиспускательнаго канала. Во всѣхъ этихъ случаяхъ мы одновременно примѣняли и мѣстное леченіе канала — бужи, дилататоры и т. п.

Въ нѣсколькихъ случаяхъ, попавшихъ къ намъ уже послѣ безуспѣшныхъ попытокъ другихъ, очень опытныхъ товарищей, купировать гонококковый процессъ — мѣстное леченіе канала примѣнялось уже и ранѣе, но безъ успѣха. Такимъ образомъ, успѣхъ терапии долженъ былъ безусловно быть приписанъ вакцинѣ. При всѣхъ осложненияхъ перелоя, которыя мы имѣли возможность пользоваться вакциной, мы всегда примѣняли и мѣстное леченіе. При этомъ центромъ тяжести мы считали не тотъ или другой бактеріо-убивающій, вяжущій или прижигающій растворъ, а инструментальную терапію, термотерапію или массажъ.

Вызывая этими мѣрами улучшеніе кровообращенія въ очагѣ болѣзни, способствуя притоку и оттоку лимфы, мы доставляли къ нему повышенное количество антитѣлъ и этимъ ускоряли процессъ выздоровленія.

*Вербовъ*, который имѣлъ 12 случаевъ остраго эпидидимита — 6 изъ нихъ провелъ безъ мѣстнаго леченія, а 6 лечилъ комбинированнымъ способомъ. Онъ указываетъ, что хотя боли утихали какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ крайне быстро (черезъ 2 — 3 дня) инфильтратъ во второмъ случаѣ исчезалъ значительно скорѣе. *Schultz*, достигнувшій поразительныхъ результатовъ при вакцинотерапіи эпидидимитовъ, широко примѣнялъ и мѣстную терапію. *Hagen* совѣтуетъ приступать къ инъекціямъ вакцины при эпидидимитѣ лишь на 2 — 3 день по обнаруженіи первыхъ воспалительныхъ явленій, когда очагъ заболѣванія слегка ограничится, считая, что проникновеніе въ него сыворотки крови будетъ этимъ облегчено и усиленно.

Мы лично примѣняли вакцину въ 17 случаяхъ остраго эпидидимита и 8 случаяхъ подостраго. Эффектъ, достигнутый во всѣхъ случаяхъ, кромѣ одного, былъ поразителенъ въ смыслѣ уменьшенія болей и рассасыванія инфильтрата. Быстрое уменьшеніе болей въ пораженномъ придаткѣ при вспрыскиваніи вакцины позволяетъ намъ горячо

рекомендовать примѣненіе ея при этомъ осложненіи перелоя. Въ повседневной практикѣ является крайне важнымъ обладать такимъ средствомъ, которое позволяло бы лицамъ, больнымъ острымъ воспаленіемъ придатка и въ большинствѣ случаевъ принужденнымъ скрывать свою болѣзнь отъ окружающихъ, возможно скорѣе покинуть постель и приступить къ обычнымъ занятіямъ. Во всѣхъ случаяхъ острого воспаления придатка яичка, лѣченныхъ нами вакциной, мы могли позволить нашимъ больнымъ покинуть постель не позднѣе 3—5 дня заболѣванія, въ виду паденія температуры до нормы и исчезновенія острыхъ болей. Что касается до рассасыванія инфильтрата въ придаткѣ, обыкновенно протекающаго очень медленно,—мы могли наблюдать при вакцино-терапии быстрое рассасываніе почти до полного исчезновенія.

Въ одномъ случаѣ, несмотря на существованіе пораженія обоихъ придатковъ, черезъ 15 мѣсяцевъ послѣ острого заболѣванія мы могли обнаружить присутствіе въ сѣмени сперматозоидовъ, что показываетъ, какъ велика терапевтическая цѣнность вакцины.

С. Г., 34 лѣтъ, рестораторъ, обратился ко мнѣ <sup>4</sup>/ix 1911 по поводу опухоли обоихъ придатковъ. 4-й перелой — всѣ три прежніе протекли безъ осложнений. Послѣдній — 2 недѣли назадъ, лечился самъ спринцеваніями. 4 дня назадъ пришлось много ходить, опухло лѣвое яичко — <sup>10</sup> поднялась, больной рѣшилъ ѣхать въ Москву. Въ дорогѣ опухло второе яичко. Температура 38.4. Сильныя боли въ мошонкѣ и паху — оба придатка крайне болѣзненны, увеличены до половины куриного яйца — съ кожей не спаяны. Изъ канала скудное отдѣляемое, въ которомъ обнаружено присутствіе гонококковъ. Въ теченіе 10 дней произведено четыре инъекціи вакцины всего 6.000.000 микробныхъ тѣлъ. Послѣ первой инъекціи боли уже чрезъ десять часовъ спали. Температура черезъ сутки 37,3. Мѣстно наложенъ согрѣвающий компрессъ изъ Рустовой примочки.

<sup>6</sup>/ix. 1911. Температура нормальна. Болей самостоятельныхъ въ мошонкѣ нѣтъ. При ощупываніи придатковъ боли въ нихъ незначительны. Приступлено къ мѣстному леченію перелоя, который значительно усилился. <sup>1</sup>/x 1911. Больной отпущенъ домой въ Кострому.

Въ іюлѣ 1912 года, желая вступить въ бракъ, больной обратился снова ко мнѣ, съ цѣлью провѣрить состояніе своего здоровья. Выдѣленія изъ канала нѣтъ. Въ слизистыхъ нитяхъ изъ мочи гонококковъ и вообще бактерій не обнаружено. Впрыснуто 1.000.000 вакцины. Реакціи никакой не было. Въ лѣвомъ придаткѣ имѣется незначительное уплотненіе — совершенно безболѣзненное, слѣдъ бывшаго эпидидимита. Въ правомъ придаткѣ инфильтратъ совершенно рассосался. — При изслѣдованіи эякулята обнаружено значительное количество сперматозоидовъ, обладающихъ хорошими активными движеніями.

Лишь въ одномъ случаѣ, гдѣ одновременно съ вакциной примѣнялся мѣстно холодъ въ видѣ пузыря со льдомъ на мошонку, терапевтическій эффектъ вакцины былъ крайне ничтоженъ. Неудачу леченія въ этомъ случаѣ я склоненъ относить именно къ примѣненію здѣсь льда, т.-е. къ уменьшенію активной гипереміи, слѣдовательно, и недостаточномъ подвозѣ къ больному очагу сыворотки, богатой антитоксинами.

Врачъ Л. поступилъ <sup>31</sup>/iii 1912 г. въ клинику съ жалобами на гнойное выдѣленіе изъ канала, частые позывы къ мочеиспусканію. Боленъ перелоемъ 3-й разъ. При изслѣдованіи моча мутна въ обѣихъ порціяхъ. Обильное гнойное выдѣленіе изъ канала содер-

жить гонококки. Железа нѣсколько увеличена, болѣзненна, при надавливаніи гнойное отдѣляемое. Ol. Santali внутрь, промыванія по Janet'y, горячія клизмочки.

14/iv 1912 опухъ придатокъ праваго яичка — мѣстное леченіе перелоя оставлено, ледъ на мошонку. 17/iv 1912 заболѣлъ и распухъ правый колѣнный суставъ. Боли въ придаткѣ значительны. Продолжая класть ледъ на мошонку, приступили къ впрыскиваніямъ вакцины, начавъ съ 5.000.000 микробныхъ тѣлъ. Температура, державшаяся вечеромъ около 38,0—38,2, послѣ незначительнаго реактивнаго подъема упала черезъ сутки до 37,2, но боли не утихали, а 20/iv 1912 появились явленія воспаления праваго сѣменного канатика и ограниченнаго воспаления брюшины въ правой паховой области. Впрыскиванія вакцины продолжались и 2/v 1912 въ исторіи болѣзни, послѣ 5-й инъекціи (всего 25.000.000 микробныхъ тѣлъ), отмѣчено: болей въ области паха и мошонки нѣтъ. Температура нормальна — мочится свободно. Въ виду закрытія клиники больной выписался.

Въ одномъ случаѣ остраго воспаления Куперовой железы и трехъ случаяхъ остраго простатита вакцина была примѣнена нами подобно *Hagen*'у безъ видимаго результата. Хотя распространеніе процесса по организму было пріостановлено, и осложненій въ дальнѣйшемъ теченіи болѣзни мы не наблюдали, но острый періодъ заболѣванія сокращенъ не былъ, а въ двухъ случаяхъ воспаление предстательной железы разрѣшилось образованіемъ въ ней нарыва.

Въ 10 случаяхъ хроническаго простатита съ гонококками въ секретѣ железы, добытомъ послѣ массажа, мы могли наблюдать отличные результаты въ смыслѣ исчезнованія гонококковъ и уменьшенія числа лейкоцитовъ въ простатическомъ сокѣ.

Въ одномъ случаѣ у учителя К., 58 лѣтъ, страдавшаго простатитомъ въ теченіе нѣсколькихъ лѣтъ, не удавалось добиться исчезновенія изъ простатическаго секрета гонококковъ, несмотря на упорное леченіе железы въ теченіе полутора лѣтъ. — При совершенно прозрачной мочѣ, отсутствіи какихъ-либо субъективныхъ ощущеній, секретъ железы содержалъ значительное количество гонококковъ. — Послѣ 3-й инъекціи вакцины — 7.000.000 микробныхъ тѣлъ мы могли констатировать стойкое исчезновеніе гонококковъ.

Подводя итогъ всему вышеизложенному я прихожу къ слѣдующимъ заключеніямъ:

1) Въ тѣхъ случаяхъ перелойныхъ заболѣваній, гдѣ всѣ остальные методы терапіи потерпѣли неудачу — можетъ быть испробовано дѣйствіе антигонококковой сыворотки.

2) Гонококковая вакцина является могущественнымъ оружіемъ въ рукахъ врача, при условіи осторожнаго, постепеннаго примѣненія ея.

3) Наилучшимъ критеріемъ дѣйствія вакцины являются клиническія явленія со стороны организма.

4) Во всѣхъ случаяхъ осложненія перелоя, равно и случаяхъ хронической гонорреи — одновременно съ мѣстной терапіей слѣдуетъ проводить и вакцинотерапію.

5) Діагностическая цѣнность вакцины несомнѣнна. Рѣшающее значеніе для діагностики имѣетъ температурная реакція, при одновременномъ существованіи мѣстной или очаговой.

ЛИТЕРАТУРА: 1) Кюзель — Трипперъ мужчины и женщины. 1909, Москва; 2) Finger—Перслоу. 1894, Москва; 3) Богдановъ—Диссертация. Москва, 1904; 4) Лежневъ—Врачебн. Газ. 1909. № 50; 5) Wright—Теорія опсониновъ. СПб. 1907; 6) Дембская, Русскій Врачъ. 1911. № 39; 7) Бѣлоголовый.—Медиц. Обозр. 1899; 8) Вербовъ. Нов. въ Медиц. 1912. № 11. 9) Gugisberg.—Нов. въ Мед. 1912. № 11; 10) Меркурьевъ и Зиберъ.—Русск. Врачъ 1911. № 6. 11) Штернбергъ—Прилож. къ Витт'у—Гоноррея женщинъ. СПб. 1912; 12) Теребинская. Диссертация СПб. 1912; 13) Совинскій.—Русскій Врачъ. 1910. № 20; 14) Leyden. Dermatol. Zchr. 1896. B. I. H. 1.; 15) Iullien. Traité des maladies vénériennes. Paris. 1899; 16) Rogers и Torrey. Centrblt. f. Bacteriologie. 1908. B. XLI. Стр. 747. Ref; 17) Reiter. Berl. Klin. Wochenschr. 1911. № 27; 18) Menzer. Med. Klin. 1912. № 8; 19) Bruck. Munch. Med. Wochenschr. 1911; 20) Köhler, Wien. klin. Wochen. 1911. № 45. 21) Simon. Munch. Med. Wochenschr. 1912. № 10; 22) Schultz. Deutsch. Med. Wochenschr. 1911. № 50; 23) Stockman. Britsch. Med. Journ. 1911. Стр. 1465; 24) Fromme. Deutsch. Med. Wochenschr. 1911. № 28. 25) Slingenberg. Arch. f. Gynaek. 1912. Стр. 344; 26) Hagen. Med. Klinik. 1912. № 7; 27) Дробный. Врачебн. Газета. 1912. № 24.

---

### Инородныя тѣла прямой кишки.

Въ книгахъ и скорбныхъ листахъ Н.-Ек. б-цы за періодъ съ 1877—1910 гг. зарегистрированы случаи инородныхъ тѣлъ прямой кишки, представленные изображаемой здѣсь коллекціей.



Коллекція состоитъ изъ 8 препаратовъ: 1) искусственные зубы, 2, 3) 50 к., 3 к. монеты, 4) столярное долото, 5) клистирный наконечникъ, 6) винный стаканчикъ, 7, 8)  $\frac{1}{100}$  бутылки.



Часть случаевъ (№№ 1, 2, 3, 5) пользованы амбулаторно, часть — стационарно (№№ 4, 6, 7 и 8).

Истории болѣзни случаевъ, пользованныхъ стационарно таковы:

Случ. I (рис. 6). Б-ой В. К., послушникъ, 24 лѣтъ, поступилъ въ хирург. клин. Н.-Ек. б-цы 8/v 1877 г. съ жалобой на инородное тѣло въ прямой кишкѣ.

Б-ой въ пьяномъ видѣ, желая выиграть пари, ввелъ себѣ въ прямую кишку стаканчикъ, изъ котораго пилъ водку.

St. pr. Внутр. орг. нормальны. Складки вокругъ anus'a красны. Палецъ, введенный въ rectum, ошупываетъ край стаканчика. При тщательномъ изслѣдованіи можно отмѣтить, что:

1. Стаканчикъ расположенъ дномъ вверхъ;
2. онъ цѣлъ за исключеніемъ небольшого участка края;
3. слизистая recti свѣшивается черезъ край внутрь стакана.

Послѣ неудавшейся попытки удалить стаканчикъ безъ кроваваго вмѣшательства былъ разсѣченъ сфинктеръ и стаканчикъ легко выведенъ наружу. Заживленіе per granulationem.

Размѣры стаканчика 6, 5×5, 6×4, 5 cm.

Выписался 26/vii здоровымъ.

Случ. II. (Рис. 7). Б-ой Ф. С., кр., 36 л. поступилъ въ хирург. кл-ку Н.-Ек. б-цы 27/ix 1899 г. по поводу инороднаго тѣла въ прямой кишкѣ.

Б-ой, — булочникъ. Одинъ изъ братьевъ его душевно-больной. Изъ заболѣваній прошлаго б-ой отмѣчаетъ за послѣднее время запоры.

25/ix, въ 9 час. веч., б-ой ввелъ въ задній проходъ 1/100 бут., наполненную водой. Онъ объясняетъ это событіе желаніемъ поставить себѣ клизму. Бут. проскользнула глубже и онъ не могъ извлечь ее.

Б-ой средняго роста, хорошаго сложенія и питанія. Окраска видимыхъ слизистыхъ оболочекъ и кожи нормальна. Внутр. орг. и нервн. сист. въ порядкѣ.

При изслѣдованіи пальцемъ прямой кишки прощупывается дно стеклянной бутылочки. Вывести бут. не удалось.

28/ix подъ хлороформнымъ наркозомъ послѣ незначительнаго расширенія сфинктера бут. удалена. Вставлена турунда. Гладкое теченіе.

4/x выпис. здоровымъ.

Размѣры высоты бутыл. — 51 cm., ширина кл. дна 5,5 cm.

Случ. III (рис. 4). Б-ой А. О., кр., столяръ, 42 л., поступилъ 10/xi 1902 г. въ хирургич. к-ку Н.-Ек. б-цы съ жалобой на присутствіе инороднаго тѣла въ прямой кишкѣ.

Образъ жизни — обычный для ремесленника, здоровье хорошее.

По словамъ б-ого, онъ ночью 24/ix въ отхожемъ мѣстѣ сѣлъ на долото, воткнутое въ деревянный столчакъ. Долото все вошло въ прямую кишку и, оставаясь тамъ, не причиняло б-му никакого безпокойства, т. ч. онъ работалъ цѣлую недѣлю. Въ теченіе этого времени у него развились запоры. Б-ой поступилъ въ желѣзнодорожную б-цу. Тамъ онъ не сказалъ о происшедшемъ и его лѣчили отъ запора. Черезъ недѣлю онъ выписался изъ б-цы съ нѣкоторымъ улучшеніемъ, но черезъ недѣлю поступилъ снова съ той же жалобой и о присутствіи долота опять не сказалъ. Лечение было то же.

7/xi у б-ого около задняго прохода образовалась припухлость. Черезъ кожу прощупывался острый конецъ инороднаго тѣла и это дало возможность обнаружить истинную причину болѣзни.

10/xi приступили къ извлеченію долота. Такъ какъ безъ наркоза окончить операцію не удалось, то б-ого изъ желѣзнодорожной б-цы отправили въ хир. кл. Н.-Ек. б-цы.

St. pr. Внутр. орг., моча, нервн. система нормальны. Животъ вздутъ, кишки наполнены каловыми массами. Кзади и влѣво отъ наружнаго сфинктера имѣется линейная операціонная рана, около 1,5 cm. длиною, изъ кот. торчитъ конецъ узкаго долота, захваченнаго [неанамн.] корнцангами. Въ прямой кишкѣ прощупывается остальная часть долота съ деревянной рукояткой.

Остріе долота проложило себѣ путь черезъ кишку тотчасъ позади наружнаго сфинктера и вышло подъ кожу въ области упомянутаго разрѣза. <sup>11/х1</sup> операція подъ хлороформнымъ наркозомъ. Растянуть наружный сфинктеръ, долото вправлено обратно внутрь кишки, затѣмъ при помощи сильныхъ корнцанговъ удалено *per vias natural.*

Иодоформная турунда. Гладкое выздоровленіе.

<sup>20/х1</sup> выпис. здоровымъ.

Размѣры долота — длина 19,5 cm., ширина ручки 4,5 cm.

Случ. IV (рис. 8). И. Ф., кр., 31 г., поступилъ <sup>23/х1</sup> 1910 г. въ хир. кл. Н.-Ек. б-цы съ жалобой на инородное тѣло въ прямой кишкѣ.

Б-ой алкоголикъ, мастурбаціей не занимается.

<sup>22/х1</sup> въ пьяномъ видѣ ему была посторонними введена въ прямую кишку <sup>1/100</sup> бут.

St. pr. Внутр. орг. нормальны.

При изслѣдованіи *per rectum* найдено, что въ *ampulla recti*, дномъ книзу и горлышкомъ вверхъ къ S-гопанумъ находится стеклянная бутылочка.

Первая попытка удалить ее безъ наркоза и растяженія сфинктера не удалась. Послѣ этого сфинктеръ расширенъ до четырехъ пальцевъ. Постепенно удалось низвести бут. и наложить пальцы впадѣ пстли близъ ея шейки. Но, какъ только дно бут. подходило къ наружному сфинктеру, происходило рефлекторное сокращеніе послѣдняго, пальцы придавливались къ краямъ дна бут., выпускали ее и она уходила кверху. Послѣ нѣсколькихъ неудавшихся попытокъ рѣшено дать больному общій наркозъ. Сфинктеръ расширенъ настолько, что свободно вводятся 8 пальцевъ. Бут. стоитъ высоко и захватить ее пальцами уже нѣтъ возможности. Тогда давленіемъ черезъ брюшные покровы на ея горлышко она была низведена. Послѣ этого подъ нее было подведено Доуен'овское влагалищное зеркало, затѣмъ, захвативъ бут. пальцами и направляя по зеркалу, удалось вывести ее наружу. Турундра. Къ вечеру того же дня небольшой отекъ вокругъ *anus'a*. Пузырь со льдомъ.

<sup>25/х1</sup> выпис. здоровымъ.

Размѣры бут. — высота 16,5, ширина дна 4 cm.

Исторіи болѣзни остальныхъ случаевъ кратки.

Б-ми были проглочены: искусственные зубы, разм.  $4,5 \times 2,0$  cm., двѣ монеты, и при постановкѣ клизмы былъ оставленъ по неосторожности клистирный наконечникъ разм.  $6,5 \times 1,0 \times 7$  cm. Техника удаленія этихъ предметовъ не сложна. Они удалялись амбулаторно, безъ общаго наркоза, безъ расширения въ большинствѣ случаевъ сфинктера. Лишь въ случаѣ искусственныхъ зубовъ пришлось значительно расширить сфинктеръ, что удалось безъ общаго наркоза.

Изъ сказаннаго можно сдѣлать нѣкоторые выводы.

Всѣ описанія инородныя тѣла можно раздѣлить на 2 группы по способу прониканія ихъ въ прямую кишку.

5 изъ нихъ проникли непосредственно черезъ *anus*, остальные 3 спустились сверху, будучи проглочены черезъ ротъ.

Изъ проникшихъ *per anus*. только объ одномъ можно съ положительностью сказать, что присутствіе его въ прямой кишкѣ есть результатъ случайности, неосторожности — это клистирный наконечникъ. Относительно остальныхъ этого сказать нельзя. Вѣрить заявленіямъ б-ныхъ, въ кот. фигурируетъ или случайность (случ. съ долотомъ), или неосторожность (<sup>1/100</sup> бут.), или насиліе (<sup>1/100</sup> бут.) или, наконецъ, желаніе выиграть споръ (стаканч.) не всегда возможно.

Если нельзя установить, то можно предполагать связь этихъ случаевъ съ неестественнымъ удовлетвореніемъ полового чувства. Осно-

ваніемъ для такого предположенія могутъ служить: 1) образъ жизни больного—послушникъ (случ. I), 2) хроническій алкоголизмъ (случ. IV), 3) наличность душевнаго заболѣванія въ семьѣ б-ого (случ. II).

Кромѣ сказаннаго приведенныя исторіи болѣзни позволяютъ отмѣтить продолжительное пребываніе инороднаго тѣла въ прямой кишкѣ.

Въ случ. III долото съ 24/IX—7/XI, т.-е. 1½ мѣсяца оставалось въ прямой кишкѣ, не вызывая никакихъ осложнений кромѣ запоровъ.

Относительно техники удаленія инородныхъ тѣлъ приведенные случаи позволяютъ сдѣлать довольно опредѣленное заключеніе. Въ случаяхъ, гдѣ имѣются крупныя инородныя тѣла, (бут., стак., долото и пр.) попытки удалить ихъ безъ наркоза, растяженія сфинктера и помощи инструментовъ оканчивались неудачей. Препятствіемъ служили или рефлекторное сокращеніе сфинктера, благодаря кот. хирургъ лишался возможности не только вывести инородное тѣло, но и свободно двигать пальцами, или значительные размѣры инороднаго тѣла, не позволяющіе провести его черезъ сравнительно узкое отверстіе anus'a.

Поэтому положительно можно рекомендовать оперировать только подъ наркозомъ, растянувъ предварительно въ достаточной мѣрѣ сфинктеръ. Попытки удалять безъ наркоза могутъ даже осложнить дѣло, что можно заключить изъ случая IV, гдѣ послѣ такихъ попытокъ бутылочка ушла такъ высоко, что пришлось низводить и надавливать на брюшныя стѣнки, потому что захватить ее пальцами снизу не было никакой возможности.

Въ печати имѣются прямыя указанія на случаи пассивной педерастіи посредствомъ инородныхъ тѣлъ — бутылокъ, стакановъ и пр., напр., случай *Reverdin* и *Veyrassat* <sup>1)</sup>: б-ой долгое время вводилъ себѣ въ rectum морковь и, наконецъ, ввелъ стаканъ, который обратно удалить ему не удалось. Все сказанное не ново, въ любомъ учебникѣ хирургіи можно найти указанія на нахожденіе въ прямой кишкѣ бутылокъ, искусственныхъ зубовъ и пр.

Въ періодической иностранной печати нерѣдко встрѣчаются сообщенія объ инородныхъ тѣлахъ прямой кишки, такъ *Reverdin* и *Veyrassat*, какъ указано <sup>1)</sup> сообщаютъ о стаканѣ, удаленномъ ими у субъекта, занимавшагося педерастіей.

*Buffet* и *Fidelin* <sup>2)</sup> удалили стаканъ и бутылочку, *Dumas* <sup>3)</sup> проросшія сѣмена овса, *White Ch.* <sup>4)</sup> — металлическую пластинку, *Good. J.* <sup>5)</sup> — бу-

1) Revue médicale de la Suisse. 84, рефер. „Врачъ“ 1905. № 3.

2) La Presse médicale 1894, апр., реф. „Врачъ“ 1894. № 16.

3) Nouveau Montepell. Médical. 1896, февр., реф. „Врачъ“ 1896. № 14.

4) New-York med. journ. and Philadelphia med. journ. 1905. № 6. реф. „Хирургія“ 1906. Т. XX,

5) Lancet. 1902. № 4081, реф. „Хирургія“ 1902. Т. XI.

тылочку, *Schwartz* <sup>1)</sup> — стеклянную банку, которая оставалась въ прямой кишкѣ около мѣсяца, *Mouchet A.* <sup>2)</sup> — кусокъ ручки метлы и мн. др.

Въ русской печати мнѣ удалось найти всего 7 сообщеній объ инородныхъ тѣлахъ прямой кишки. Большинство изъ нихъ (5) было проглочено, остальные же (2) введены *per anum*. Изъ проглоченныхъ описываются слѣдующія:

*Зябловъ* <sup>3)</sup> описываетъ 4 л. ребенка, проглотившаго плоскій гвоздь, дл. 5,5 сант. Послѣ слабительнаго гвоздь благополучно вышелъ наружу.

*Левоненскій* <sup>4)</sup> сообщаетъ о случаѣ, гдѣ 17-тилѣтній казакъ, желая застраховать себя отъ пуль на войнѣ, проглотилъ въ теченіе двухъ дней 45 оболочекъ ружейныхъ пуль новаго образца. Большинство пуль выдѣлилось самопроизвольно, 11 шт. удалено изъ желудка оперативно.

*Реутскій* <sup>5)</sup> сообщаетъ о чернорабочемъ 27 л., проглотившемъ перочинный ножъ, 12 мѣдныхъ пятаконъ и 3 коп. Черезъ недѣлю 6 пятаконъ вышли съ испражненіями, а 7 монетъ и ножъ остались. Послѣдніе черезъ 2 мѣс. были удалены слѣдующимъ образомъ: б-му въ теченіе двухъ дней было назначено ѣсть одинъ вареный картофель, а затѣмъ дано клещевинное масло.

*Бакаръ* <sup>6)</sup> приводитъ сводную статистику инородныхъ тѣлъ на основаніи матеріала о-ва скорой медиц. пом. въ Кіевѣ съ 1902 — 1909 г., при чемъ инородныя тѣла прямой кишки зарегистрированы въ двухъ случаяхъ, что составляетъ 0,1% общаго количества. *Протасьевъ* <sup>7)</sup> описываетъ случай, гдѣ удалено 27 кусковъ стекла, дл. до 6 сант., шир. 21 сант. Большинство изъ нихъ выдѣлилось черезъ прямую кишку, остальные удалены оперативно посредствомъ лапоротоміи.

Изъ инородныхъ тѣлъ, введенныхъ въ прямую кишку *per anum* слѣдуетъ отмѣтить случай Шмидта, гдѣ б-му съ цѣлью наказанія былъ введенъ въ прямую кишку колъ длиной 13 сант., діаметръ основанія 11 сант., конически заостренный конецъ былъ направленъ кверху по направленію къ *S-romanum*. Въ прямой кишкѣ найдены пролежни, полнаго прободенія не было. Колъ удаленъ при помощи частичной резекціи крестца.

*Финогеновъ* <sup>8)</sup> сообщаетъ о больномъ, у котораго извлечены двѣ стеклянныя рюмки.

<sup>1)</sup> Bull. et mém. de la soc. de chir. de Paris. 1904. № 13, реф. „Хирургія“ 1904. Т. XVI.

<sup>2)</sup> Gaz. des hôp. 1896. № 120. Реф. „Хирургія“ 1897. Т. I.

<sup>3)</sup> „Врач. Газ.“ 1906. № 4.

<sup>4)</sup> „Русск. Вр.“ 1906. № 37.

<sup>5)</sup> Ежегод. журн. „Практ. Мед.“ 1900. Т. VII. № 7.

<sup>6)</sup> „Хирургія“ 1910. Т. XXVIII.

<sup>7)</sup> Раб. Пропед. Хир. Кл. „В.-Мед. Ак.“ 1911. Кн. I.

<sup>8)</sup> В.-Мед. Журн. 1903, кн. 2.

Наконецъ, *Видавскій* <sup>1)</sup> описываетъ б-го старика, которому два деревенскихъ парня шулки ради всунули въ прямую кишку табакерку изъ бычачьяго рога.

Итакъ, всего въ русской печати найдено 7 случаевъ; прибавляя наши 8, получимъ 15 обнародованныхъ русскими авторами наблюдений инородныхъ тѣлъ прямой кишки.



---

<sup>1)</sup> Врач. Хрон. Бессараб. губ. 1894. № 4, реф. „Врачъ“ 1894. № 16.

# О Б З О Р Ы ВРАЧЕБНОЙ ДѢЯТЕЛЬНОСТИ

КЛИНИКЪ

Императорской Екатерининской Больницы

съ 1 сентября 1909 г. по 1 сентября 1910 г.

(Андрологической клиники съ 1 сент. 1909 г. по 1 сент. 1911 г.)

---

*Обзоры составлены врачами клиник подъ ред. директоровъ  
и завѣдующихъ отдѣленіями.*

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА.

---

Въ отчетномъ году въ хирургической клиникѣ было 383 больныхъ (246 м. 137 ж.), изъ нихъ подверглись операціи 297, и имъ была сдѣлана 331 операція. Въ отношеніи обезболиванія общіе принципы остались по существу прежними: большею частью примѣнялся эфирно-хлороформный наркозъ (212), затѣмъ мѣстная анестезія (100), только при исключительныхъ показаніяхъ лумбальная (2) и венная по Bier'у (2). Операціи велись при тѣхъ же условіяхъ, какъ и въ прежніе годы (см. „Ежегодникъ“, вып. I). Послѣоперационная пневмонія наблюдалась 5 разъ. Изъ числа оперированныхъ умерло 20, безъ операціи умерли 9. Распредѣленіе операцій по областямъ и органамъ видно изъ послѣдующаго.

### I. Болѣзни головы и лица.

18 чел. (11 м., 3 ж. и 4 дѣт.); ум. 6.

Травматическихъ поврежденій — 7, воспалительныхъ — 7, новообразованій — 2, врожденныхъ недостатковъ — 2.

Всѣ травмы (7; умер. 3) наблюдались у мужчинъ отъ 22 до 33 лѣтъ. 4 изъ нихъ — раненія огнестрѣльнымъ оружіемъ съ цѣлью самоубійства; у двухъ (№№ 68 и 70) было значительное раздробленіе костей черепа съ большимъ кровоизліяніемъ въ мозгъ и поврежденіемъ послѣдняго, оба черезъ нѣсколько часовъ послѣ поступленія умерли. Судебно-медицинскія вскрытія производились внѣ больницы, и протоколы ихъ находятся въ Инстит. Судеб. Мед. Третій случай (№ 582) раненія изъ револьвера системы „Бульдогъ“ въ правый високъ былъ очень легкій и никакихъ клиническихъ симптомовъ поврежденія мозга и даже костей не было.

Наконецъ 4-й случай наблюдался:

У мужчины В. Б. 32 лѣтъ (24/II — 22/III 1910 г. № 293), студ. Сельско-хозяйст. Инст. Въ апрѣлѣ 1908 г. подъ вліяніемъ отчаянія изъ-за случайнаго заболѣв. (lues) нанесъ себѣ 3 револьв. раны въ правый високъ, сейчасъ же былъ доставленъ въ клинику; 1 пуля и 8 мелкихъ костныхъ осколковъ были удалены, и черезъ 40 дней больной ушелъ изъ клиники поправившись. Черезъ годъ психическое заболѣваніе — лѣчился въ психіатр. больн. 24/II 1910 г. явился въ клинику въ слѣд. состояніи:

Крайне угнетенное настроеніе, отсут. appet., тяжесть и боль въ головѣ. Чувствит. и движен. нормальны. Слухъ и зрѣніе нормальны. На рентгенограммѣ въ прав. и лѣв. височныхъ доляхъ видны неправильной формы пули.



5/III общ. нарк. Трепанация лѣв. височной области. Art. mening. media перевязана. Пробные проколы. Пуля не найдена. Prima intentio, 22/III ушелъ—головной боли не было. Общее состояніе лучше.

Изъ 3 остальныхъ случаевъ травматическихъ поврежденій 1 кончился смертю:

Мужчина Н. К. 27 л. (2/IX — 21/IX 1909 г. № 71), слесарь, за 3 нед. до поступленія получилъ ударъ молоткомъ въ голову, все время пролежалъ въ фабричной больницѣ, къ намъ поступилъ въ слѣд. сост.:

На лѣв. лобн. бугръ — рубецъ, въ серединѣ его свищъ съ гнойн. отдѣл., прощупывается подвиж. секвестръ, t° 37,0. Застойныя явлен. на днѣ лѣв. глаза. Зрѣніе рѣзко понижено. Головные боли.

7/IX общ. нарк., удалены нѣсколько секвестр., одинъ изъ нихъ спаенъ съ dura mater и вколоченъ въ вещество мозга. Тампонада. Мозгов. явленія ухудшились, черезъ 3 дня пробный проколъ — гнойникъ мозга (стрептококк.). Гнойникъ вскрытъ — дренажъ. Сознаніе немного яснѣе. 15/IX t° 39,0 — гнойникъ подъ galea aponeurotica. Вскрытъ.

16/IX новый гнойникъ въ височной области также вскрытъ, 19/IX t° 40,5, полная потеря сознанія, судороги, сильное возбужденіе, 21/IX — смерть.

Вскрытіе: субстанція мозга выпячивается въ костную рану, обрывки тверд. мозгов. оболочки, къ котор. былъ приращенъ секвестръ лобной кости. Въ затылочно-темен. обл. подъ кожей обильное скопленіе гноя. По вскрытіи полости черепа обнаружено, что отверстіе въ лобной кости неправильной формы, отъ него не видно ни одной трещины. Въ прилежащей части лобной доли гнойника не было. Въ желудочкахъ небольшое количество красноватой жидкости. По всему протяженію продольной мозговой пазухи скопленіе густого желтов.-зелен. гноя. Тромбозъ продольной пазухи.

1 случай — сотрясеніе мозга, поверхностныя ушибл. - рван. раны головы и лица, полученныя послѣ паденія съ высоты. Выздоровл. (№ 560 г. 1910).

Послѣдній случай поврежденія головы былъ:

Мужчина В. О. 22 л. (26/IV — 12/V 1910 № 482), торговецъ. 5 л. т. н. ударъ тяжелой палкой по головѣ съ лѣв. ст. Послѣдніе 3 года постоянная голов. боль. Въ маѣ 1909 г. снова ударъ камнемъ по головѣ также съ лѣв. стор. 24 часа безъ сознанія. Въ теченіе первыхъ 3 сутокъ повторялись съ короткими промежутками общія судороги съ потерей сознанія. Черезъ 2 мѣс. приступилъ къ работѣ, но отмѣчаетъ, что правыя конечности стали слабѣе. Съ 23/III 1910 эпилептиформные припадки повторяются очень часто.

Stat. praes.: ежедневная голов. боль, слухъ съ прав. стор. пониженъ, рѣчь разстроена, въ обл. II и III n. trigemini — пониженіе болевой и тактильной чувствительности. На соединеніи височн., лобн. и теменной костей вдавленіе овальной формы, 4 см. дл. и 2 шир. Въ больницѣ былъ припадокъ epilepsia corticalis.

1/V общ. нарк., трепанация вдавленной части, дефектъ покрытъ надкостн. - кожн. лоскутомъ. Prima intentio. Рѣчь измѣнилась къ лучшему. Голов. боли прекратились. Припадковъ не было.

Воспалительныя заболѣванія головы и лица наблюдались 7 разъ (4 м. и 3 ж.), въ двухъ случаяхъ былъ смертельн. исходъ.

Женщина А. Е. 26 л. (14/X — 19/X 1909 г. № 85) пробыла въ больницѣ только 1 день, была доставлена въ слѣд. сост.: полная потеря сознанія, t° 41,4°, зрачки расширены, слаб. реакція на свѣтъ; инфильтратъ ниже сосцев. отрост. съ прав. ст., барабанная перепонка красна, выпячивается. Пульсъ слабый, 120 въ м. Родные передаютъ, что заболѣла 11/X жабой, а 17-го сильная голов. боль и t° 40°.

Сейчасъ же подъ мѣстн. анест. — трепанация сосцев. отростка. Antrum открытъ, гноя не найдено.

Бактеріол. изслѣдов. пленокъ съ миндалинъ и крови — стрептококкъ.

Черезъ 24 часа — exitus.

Вскрытіе: Phlegmone colli lateris dextri usque ad basis cranii. Trombosis sinus transversi. Hyperhaemia permagna cerebri et oedema. Tumor lienis acutus. Errhensiones ventriculi. Haemorrhagia in cavum ventriculi. Endometritis fungosa et metritis chronica. Cystis ovarii sinistri.

Мужчина А. Б. 43 л. (15/х<sub>1</sub> — 25/х<sub>1</sub> 1909 г. № 97). Съ дѣтства течъ изъ уха. 5 л. т. н. головныя боли, головокруженіе. 4 м. т. н. рвота, слабость. Обратился къ ушному врачу, послѣ какихъ-то манипуляцій въ ухѣ — боли и головокруженіе усилились. 3 нед. т. н. разстройство рѣчи и слабость лѣв. руки.

Stat. praes.: сознание затемнено, на вопросы отвѣчаетъ протяжными неясными словами. Артикуляція рѣзко разстроена. Глотаніе затруднено. Парезъ лѣв. facialis. Парезъ лѣв. руки. Въ ногѣ парезъ слабѣе. Слабая сгибательная contractura. Лѣв. бараб. переп. отсутствуетъ, правая перфорирована. Гнойное отдѣл. Глазн. дно норм. Лѣв. зрачекъ шире праваго. Лумбальная пункция — повышенное давленіе, въ спинальной жидкости ничего патологическ. Лейкоцитоза нѣтъ. Много полинуклеаровъ. labirintitis chron. Absces. cerebri.

Въ трехъ мѣстахъ сдѣлана punctio cerebri, гноя нѣтъ. Черезъ 10 дн. — смерть.

Вскрытіе: Trombosis art. basillaris cerebri. Sclerosis nodosa. Dilatatio aneurism. art. basill. cereb. Ramolitio alba substantiae cereb. in reg. lobarum poster. utriusque. Pneumonia lobi infer. pulmon. sin. hypostatica. Hyperplasia lienis cyanotica. Induratio cyanotica renum.

2 случая *osteomyelitis*: 1 — верхн. челюсти (№ 813) и 1 — нижней (№ 486). Первый у мальчика 4 л. послѣ скарлатины, и второй — у дѣвочки 4 л. Въ обоихъ случаяхъ — стрептококкъ.

#### 1 случай — *Hugmoritis*:

Мальчикъ 17 л. (3/х<sub>1</sub> — 11/х<sub>1</sub> 1909 г. № 727). Послѣ пломбировки зуба t<sup>o</sup> 40,0<sup>o</sup>. Зубъ удаленъ, много гноя въ теченіе 8 м. Stat. praes.: припухлость лѣв. верх. чел., fossa canina сглажена, болѣзненна при давленіи. При просвѣч. — затемненіе.

6/х<sub>1</sub> мѣст. анест., удаленіе секвестровъ изъ ячейки зуба, выскаблив. Гаймор. пол. Черезъ 5 дней ушелъ съ широко открытой Гаймор. пол., выдѣленія гноя не было.

Въ 2 случаяхъ было воспалительное пораженіе нервной системы головы и лица.

Н. Я. \*) институтка 16 л. (15/ix — 15/x 1910 г. № 628). Опухоль головы съ лѣв. стор. постоянная головная боль. Съ дѣтства почти полная потеря зрѣнія лѣв. глаза (strabismus) Корь, дифтеритъ. Опухоль замѣчена съ 5-ти лѣтъ. Въ раннемъ дѣтствѣ ушибла голову. Съ 8 лѣтъ — голов. боли. Небольшая гиперемія соска лѣв. глазн. дна. Опухоль — нѣсколько кпереди отъ мѣста соединенія височной, теменной и лобной костей, съ широкимъ основ., безъ рѣзкихъ границъ, неподвижная, болѣзненная при давленіи. Wassermann — отрицательно.

30/ix эфирн. нарк., трепанация съ образ. костно-кожн. лоскута. Припухлость твердой мозгов. оболоч., которая и выпячивала вполне нормальную кость кнаружи. Dura и arachnoidea спаяны вмѣстѣ и удалены циркулярнымъ разрѣзомъ. Вещество мозга норм.

Prima intentio. 2, 3, 4 и 11 дни были судор. пр. полов. лица, афазія, аграфія. Микроскопич. изслѣд. удаленной части твердой мозгов. оболочки произведено прозекторомъ В. С. Дѣвицкимъ — *pachymeningitis chronica serosa circumscripta*.

\*) Мед. Обозр. 1910 г. № 8.

Я. С., бухгалтеръ, 32 л. (22/III — 6/IV 1910 г. № 366). Въ 1906 г. удаленъ каріоз. зубъ, но боли въ пр. пол. ниж. челюсти не прекращались. Въ 1908 г. — перерѣзка п. alveol. inf. dext. близъ мѣста вхожденія въ каналъ челюсти. Черезъ 8 м. снова сильныя боли *Neuritis n. alveolaris*.

28/III общ. нарк., вскрытіе канала нижн. чел. и резекція п. alveolaris на протяженіи 3 см.

Prima intentio. Выздоровленіе.

Новообразованія головы и лица наблюдались 2 раза: 1 разъ — саркома лобной кости и 1 разъ — ракъ верхн. чел. Въ 1 случаѣ — смерть отъ послѣоперационной пневмоніи.

А. А. Крестьянинъ 62 лѣтъ (17/VII — 26/VII 1910 № 64). Плотная, мало болѣзн., съ грецкій орѣхъ опухоль съ лѣв. ст. верхн. челюсти. Замѣчена опухоль 3 нед. т. н. *Cancer maxil. sup.*

22/II общ. нарк. Резекція лѣв. пол. чел. На другой день — пневмонія dextra., черезъ 2 дня — и съ лѣв. стор. На 4 день — смерть.

Вскрытіе. Oper. resectionis partis sin. maxil. sup. Neoplasma parietis sup. later. sin. pharyngis. Pnevmonia cruposa lobi infer. et medii pulm. dext. in. stadio resolutionis. Pnevmonia cruposa lobi infer. pulm. sin. — hepatitis rubra grisea. Oedema pulm. На верхн. боков. стѣнкѣ глотки слѣва небольшой остатокъ новообразов. хрящевой плотности.

В. С. Крестьянинъ 11 л. (23/XI — 13/XII 1909 г. № 863). Отецъ умеръ отъ рака пищевода. 6 м. т. н. сильный ударъ въ лобъ. На этомъ же мѣстѣ появились 2 плот., мало подвиж., плоскія опухоли, каждая величиною съ 20-тикоп. монету, съ промежуткомъ въ 1½ см. Хроническ. фарингитъ, дефектъ uvulae. Wassermann — + + + +. Специфич. лѣченіе безъ результата. 4/II общ. нарк. Удаленіе опухоли вмѣстѣ съ поверхн. слоемъ кости. Микроск. изслѣд. — *fibrosarcoma*. Prima intentio.

Врожденные недостатки были въ 2 случаяхъ, оба полное расщепленіе мягкаго неба вмѣстѣ съ язычкомъ (№№ 99 и 471). Въ обоихъ случаяхъ пластическое сшиваніе удалось легко и оба ушли здоровыми.

Всего по поводу болѣзней головы и лица было оперировано 14 человекъ, которымъ произведено 18 операций:

Удаленіе секвестровъ. . . . .	2
Вскрытіе гнойниковъ . . . . .	3
Трепанация черепа. . . . .	2
Трепанация сосцев. отр . . . . .	1
Пробн. проколъ голов. мозга. . . . .	1
Разрѣзъ и выскаблив . . . . .	3
Резекція нерва . . . . .	1
Резекція верх. чел . . . . .	1
Изсѣченіе костн. опух . . . . .	1
Пластика мягк. неба. . . . .	2

Изъ нихъ 10 были сдѣланы подъ общимъ эфирно-хлороф. или просто эфирн. наркозомъ, и 8—подъ мѣстной анестез. Послѣ операционная двусторонняя пневмонія наблюдалась 1 разъ у старика 62 лѣтъ послѣ резекціи верх. чел. при эфирно-хлороф. наркозѣ (№ 64 г. 1910).

Послѣ операциі умерли 3: 1 отъ стрептококков. инфекціи послѣ

удаленія секвестровъ (былъ свищъ), 1 оперированный по поводу streptococsaemia и 1 вышеупомянутый отъ pneumonia bilateralis.

Неоперированныхъ больныхъ было 4, изъ нихъ 2 умерли отъ тяжелыхъ огнестрѣльныхъ раненій черепа.

## II. Болѣзни шеи и позвоночника.

14 чел. (7 м. и 7 ж.)

По заболѣваніямъ распредѣляются: воспалительныхъ — 4, новообразованій — 5, врожденныхъ недостатковъ — 1, заболѣваній позвоночника — 4, всѣ — травматическаго происхожденія.

Изъ воспалительныхъ случаевъ 2 раза былъ туберкулезъ лимфатическихъ железъ съ образованіемъ гнойниковъ (№№ 177 и 723) 1 разъ было сдѣлано подъ наркозомъ вылушеніе железы и 1 разъ — подъ мѣстной анестезіей разрѣзъ и выскабливаніе.

1 случай былъ гнойнаго воспаленія лимфатическихъ жел. изъ-за часто повторяющихся періоститовъ нижней челюсти.

М. С. Прислуга 26 л. (26/x—20/x; 1909 г. № 765). Съ дѣтства золотуха, слабость, головокруженіе, зубныя боли.

Много каріозн. зубовъ. Увеличенныя болѣзненные железы съ лѣв. стор. шеи.

4/x; подъ общ. наркоз. — разрѣзъ, выскабливаніе, тампонада. Удаленіе 10 каріоз. зубовъ. Заживленіе per granulationem.

Новообразования наблюдались 5 разъ: 1 разъ злокачественное и 4 раза доброкачественныя.

Къ послѣднимъ относятся 4 случая зоба (№№ 80, 161, 405 и 306), изъ нихъ 3 у женщинъ въ возрастѣ отъ 39—50 л., и 1 — у мужчины 25 лѣтъ. Наслѣдственная передача ни въ одномъ случаѣ не отмѣчена. Время появленія опухоли — 3 м., 6 м., 6 л. и 18 л. Величина опухоли 3 раза была съ яблоко и 1 разъ — съ голову новорожденного ребенка. Въ 3 случаяхъ была struma parenchymatosa, и въ 1 — colloides. Въ 1 случаѣ были жалобы на сердцебіеніе, въ 2 случаяхъ — кромѣ сердцебіенія и одышка при скорой ходьбѣ и тяжелой работѣ, и, наконецъ, въ 1 случаѣ были болѣе тяжелыя явленія базедовизма.

М. Д. женщина 43 л. (6/III—27/III 1910 г. № 306). Опухоль на шеѣ замѣтила съ 15 лѣтъ.

Черезъ 2 года начались сильн. сердцебіенія, дрожаніе рукъ, чувство жара въ лицѣ, сильная раздражительность. Во время менструацій всѣ явленія усиливались. Послѣднее время одышка.

St. praes. Опухоль величиною съ голову новорожденного ребенка, состоитъ изъ трехъ частей — средней и двухъ боковыхъ. Она плотна и бугриста. Правая половина больше лѣвой. Пульсъ 100, тоны сердца глуховаты, сердце увеличено вправо на 1 см.

12/III подъ общ. нарк. strumectomy part. Микроскоп. препар. — struma colloides. Теченіе per secundam. Общее состояніе значительно улучшилось.

Въ 3 остальныхъ случаяхъ была сдѣлана strumectomy по Mikulicz'y. 1 случай злокачественнаго новообразования на шеѣ былъ у мужчины 49 л. (11/xI—4/xII 1909 г. № 817).

Въ 1906 г. была пластическая операція нижней губы по поводу рака.

Въ 1908 и 1909 г. были удалены раковыя железы на шеѣ и была сдѣлана частичная резекція нижн. чел. Въ августѣ снова рецидивъ на рубцѣ съ лѣв. стор. нижн. чел. и плотная железа на шеѣ.

<sup>18</sup>/х<sup>1</sup> подѣ общ. нарк. удалена опухоль вмѣстѣ съ надкост. и вылущена железка. Prima intentio.

1 вражденный недостатокъ шеи — torticollis наблюдался у дѣвочки 13 л. (<sup>17</sup>/х<sup>1</sup>—<sup>4</sup>/х<sup>II</sup> 1909 г. № 818). Роды правильные. Ассиметрія лица. Голова наклонена вправо. Правый m. st. cleid. mst. сильно сокращенъ.

<sup>20</sup>/х<sup>1</sup> подѣ общ. наркоз. — изсѣченіе частей грудной и ключичной порцій m. st. cl. mst. Гипсовая повязка.

Prima intentio. Значительное улучшеніе.

Всѣ случаи заболѣванія позвоночника были послѣ ушиба: три (№№ 605, 690 и 875) непосредственно послѣ ушиба, и 1 — черезъ 6 мѣсяцевъ (cossygodynia). Три первыхъ — легкія поврежденія.

4-й случай — cossygodynia:

О. Г. женщина 35 л. (№ 475). 6 м. т. н. упала и ушибла спину, пролежала 2 недѣли въ кровати. Съ тѣхъ поръ очень сильная боль въ копчикѣ, усиливающаяся при ходьбѣ и стояніи. Видимыхъ измѣненій въ копчикѣ и окружающихъ органахъ нѣтъ.

<sup>3</sup>/iv общ. нарк. — резекція копчика. На передней поверхности величиною съ вишню опухоль, содержащая немного гноя.

Заживленіе per granulationem. Выздоровленіе.

Всего было оперировано 10 человекъ, имъ было сдѣлано столько же операцій:

вылущеніе железы — 1  
разрѣзы и выскаблив. — 2  
удаленіе зоба — 4  
част. резек. нижн. чел. — 1  
опер. при torticollis — 1  
резекція копчика — 1.

Эти операціи были сдѣланы подѣ общ. наркоз. 9 разъ и подѣ мѣст. анестез. — 1 разъ.

Всѣ окончились выздоровленіемъ.

### III. Грудная клѣтка. включая грудную железу и пищеводъ.

31 сл. (12 м., 19 ж.)

Оперированныхъ . . . . .	26
Разрѣзовъ . . . . .	2
Удаленіе новообразованій . . . . .	16
Гастростомія . . . . .	3
Торакотомія съ резекц. реберъ . . . . .	5
Умершихъ . . . . .	5

А. Поврежденія грудной клѣтки — 6 случ. (3 м., 3 ж.).

I. Раны:

а) колото-рѣзанныя

1) Не проникающія грудную клѣтку — 1 случай раненія финскимъ ножомъ въ лѣвую сторону по *lin. axillaris* между 8 и 9 ребромъ; черезъ 10 дней выбылъ здоровымъ.

2) Проникающія 1 случай, окончившійся на 3-й день летально. Рана ножомъ въ обл. грудины на уровнѣ 4-го ребра длиной 4 см., кромѣ того еще 2 небольшихъ кожныхъ раны на прав. боку и ягодицѣ, масса кровоподтековъ по всему тѣлу. При поступленіи легкія N, но на другой день въ правомъ боку приглушеніе до уровня 4-го ребра, одышка. На 3-й день — *exitus*.

в) Огнестрѣльные — 3 сл.

Въ 2-хъ случ. — револьверныя и 1 изъ „Монтекристо“. Всѣ въ упоръ, всѣ проникающія въ грудную полость. Въ одномъ случаѣ пуля прошла на вылетъ, въ другомъ застѣла подъ кожей на спинѣ, въ 3-мъ была обнаружена и удалена изъ толщи плевры при резекціи ребра по поводу осложненія гнойнымъ плевритомъ. 2 случая окончились летально и 1 — выздоровленіемъ.

1) Больная О. 40 л. (Ист. б. № 84. 7/x — 19/x 1909 г.) 7/x огнестрѣльное раненіе (револьверъ) въ лѣвую сторону груди. Входное отверст. между 2 и 3 ребр. Пуля прошупывается сзади на *l. scapular* между 8 и 9 ребромъ. Слѣва сзади съ половины лопатки абсолютная тупость, дышаг. шумы отсутствуютъ. Кашель съ кровянистой пѣнистой мокротой. Пулю въ виду отсутствія показаній не извлекали. На рану повязка. Недѣлю б-ая чувствовала себя хорошо, пульсъ улучшился, кашель сталъ меньше, дыханіе свободнѣе. 15/x *t*<sup>0</sup> повысилась, пульсъ хуже, 16—боль въ затылкѣ, 18—рвота, двигательный параличъ лѣвой руки и ноги, лѣвый зрачокъ расширенъ, параличъ обоихъ *n-v oculomotorii*, параличъ лѣваго *facialis*, подавленное сознание. Къ вечеру коматозное состояніе и въ ночь на 19/x—смерть.

2) Больной С. 19 л. (Ист. б. № 102 1/xп — 5/xп 1909). 16/x<sub>1</sub> огнестр. раненіе въ лѣвую сторону груди изъ револьвера. 11½ недѣли лежалъ въ Земской б-цѣ и 1/xп былъ доставленъ въ Москву. Входное отверстіе слѣва по *lin. parasternalis* въ 4 межреберномъ промежуткѣ, выходное—на *linea scapular*—той же стороны на 8 см. ниже угла лопатки. Изъ передней раны выдѣляется жидкій вонючій гной, кругомъ въ обл. *m. pector. maj.* и дальше на плечѣ и *in axilla*—газовая флегмона. Въ плевральной полости гнойный выпоть. *t*<sup>0</sup> очень высокая. Глубокіе разрѣзы въ обл. входного и выходного отверстій и на плечѣ, тампонада, дренажъ въ полость плевры. 6/xп смерть при картинѣ *Sepsis'a*.

3) Б-ой З. 18 л. (Ист. б. № 12 3/11 — 5/iv 1910 г.) 3/11 огнестрѣльное раненіе изъ „Монтекристо“. Входное отв. 4—5 мм. въ діаметрѣ. Вокругъ кожная эмфизема. Въ плеврѣ постепенно развился гнойный экссудатъ. Дренажъ черезъ входное отверстіе, затѣмъ 26/11 резекція 9-го ребра по *l. Scapularis*. При резекціи обнаружена въ плеврѣ пуля и удалена. Постепенно состояніе улучшилось, отдѣляемое уменьшилось, легкое расправилось. Выбылъ 5/iv выздоравливающимъ.

II. Ожоги.

1 случай обширнаго ожога всѣхъ 3-хъ степеней (горящій спиртъ) груди, шеи, обѣихъ рукъ, затылочной части головы. Перевязки. Вы-

писалась черезъ 4 недѣли по собственному желанію на пути къ выздоровленію.

Б. Болѣзни стѣнокъ грудной клѣтки и грудной железы 17 сл.  
(2 м., 15 ж.).

I. Воспаленія.

а) острия.

1 случай острой грудницы черезъ 3 недѣли послѣ родовъ; разрѣзъ, дренажъ,—выздоровленіе.

в) хроническія.

1 случай хроническаго интерстиціального кистознаго воспаленія обѣихъ грудныхъ железъ. Удаленіе кистозныхъ опухолей, *prima intentio*.

II. Новообразованія.

а б) не злокачественныя.

1) Жировики—3 случая.

2 случая въ обл. правой лопатки (величиной съ дѣтскую голову) и 1 на уровнѣ 6-го ребра по *linea axillaris sinistra*. Всѣ зажили безъ нагноенія.

2) Adenoma.

3) Fibroma.

4) Fibro-adenoma.

Всѣ въ грудной железнѣ, 2 правой и 1 лѣвой. Величина отъ лѣснаго орѣха до куриного яйца. Удалены; заживленіе безъ нагноенія

в) злокачественныя:

1) ракъ грудной железы.

а) Оперированныхъ въ 1-ый разъ. 5 сл.

Въ 4-хъ случаяхъ женщины замужнія, имѣли по нѣсколько челов. дѣтей, кормили сами. Предшествовавшей травмы нигдѣ не отмѣчено.

Всѣ женщины въ возрастѣ отъ 39 до 50 лѣтъ. 3 правой и 2 лѣвой грудной железы. Величина опухоли отъ лѣснаго орѣха до мандарина. Въ 3-хъ случаяхъ опухоль была спаяна съ кожей и въ одномъ послѣдняя была изъязвлена. Сосокъ втянутъ въ 2-хъ случаяхъ. Опухоли при ощупываніи всѣ плотныя, подвижныя. Подмышечныя железы соотвѣтствующей стороны были увеличины. Величина ихъ отъ лѣснаго орѣха до мандарина (1 случ.). Увеличеніе подключичныхъ железъ отмѣчено 1 разъ. Время развитія опухоли отъ 4-хъ до 10 мѣсяцевъ. Въ одномъ случаѣ изъ соска больной груди было сукровичное отдѣляемое, появлявшееся временами въ періодъ развитія опухоли (7 мѣсяцевъ). Гистологически въ 2-хъ случ. скирръ, въ 2-хъ аденокарцинома и въ 1-мъ альвеолярный ракъ съ склонностью къ переходу въ скиррозную форму. Лѣченіе во всѣхъ случаяхъ оперативное—радикальная

операция ампутации грудной железы съ вылуценіемъ подмышечныхъ железъ и клѣтчатки и въ 4-хъ случ. съ удаленіемъ части *m-li pector-majoris*. Въ одномъ случаѣ кромѣ того была удалена и часть *pectoralis minoris*. Во всѣхъ случаяхъ кожный разрѣзъ зашивался наглухо, но черезъ особый разрѣзъ въ подмышечную впадину вводился дренажъ. Заживленіе въ 4-хъ случаяхъ *per primam intentionem*. Въ одномъ случаѣ получилось частичное омертвѣніе кожного края разрѣза *in axilla*, что затянуло срокъ пребыванія въ больницѣ послѣ операциі до 25 дней. Выбыла эта больная съ ничтожной грануляціонной поверхностью подъ мышкой. Всѣ операциі производились подъ общимъ наркозомъ.

б) Оперированныхъ по поводу рецидива. 2 случ. (1 м. и 1 ж.)

Изъ нихъ въ одномъ въ удаленномъ подозрительномъ узелкѣ при гистологическомъ изслѣдованіи раковыхъ элементовъ не оказалось.

Больная В. 48 л. (Ист. б. № 621 25/ix—13/x 1909 г.) 2 г. т. назадъ у ней была ампутирована лѣвая грудная железа. Теперь *in axilla* ниже рубца небольшая, меньше орѣха, твердая, довольно подвижная опухоль. Подъ мѣстн. анэстезіей удалена и при изслѣдованіи оказалась рубцовой тканью.

Второй случай — рецидивъ рака мужской грудной железы. При изслѣдованіи гистологически — *adeno-carcinoma*.

Б-ой О. 54 л. (Ист. б. № 12 19/ii—3/iii 1910 г.) Два года назадъ замѣтилъ опухоль правой стор. груди около соска. Въ февралѣ 1908 г. опухоль удалена и при изслѣд. оказалась ракомъ. 4 мѣсяца тому назадъ ниже рубца замѣтилъ опухоль величиной съ горошину. При поступленіи съ правой стороны груди, немного ниже рубца (сосокъ удаленъ) имѣется опухоль величиной съ лѣсной орѣхъ. Кожа надъ опухолью пигментирована. Опухоль плотная, съ кожей спаяна, но по отнош. къ грудн. клѣткѣ подвижная. Въ правой *axilla* железа величиной съ горошину. 21/ii 1910 г. опухоль удалена подъ общимъ наркозомъ. Заживленіе *per primam*. При изслѣдованіи — *adeno-carcinoma*.

2) Саркома грудной железы 2 сл.

Первый случай — *Sarcoma fuso-cellulare mammae sinistrae*.

Больная В. 42 л. (Ист. б. № 732 3/x—12/xi 1909 г.) Замужняя, 5 беременностей, 9 мѣсяцевъ назадъ замѣтила въ лѣвой груди. железнъ твердую опухоль, которая стала быстро расти. Въ это время б-ая была *gravida*. Мѣсяцъ назадъ — роды. Вскорѣ послѣ этого опухоль прорвалась, вытекло много гноя. При поступленіи  $t^0 40^0$ . Лѣвая грудная ж. величиной съ голову взрослого; кожа покраснѣла, сосокъ втянутъ, кнутри отъ послѣдняго отверстіе свища, идущаго вглубь. Консистенція не одинаковая — мѣстами плотная, мѣстами размягченіе. Железа подвижна. Вокругъ значительное развитіе венозныхъ сосудовъ. *In axilla* — пакетъ плотныхъ железъ. 3/x операция — ампутация *mammae*, при чемъ удалена часть большой грудной мышцы и железы съ клѣтчаткой изъ подмышечной впадины. Часть раны зашита. Остался дефектъ кожи въ  $6 \times 6$  cm. Вначалѣ при перевязкахъ значительное количество гнойнаго отдѣляемаго. Постепенно дѣло наладилось и 12/xi б-ая выписалась съ небольшой грануляціонной поверхностью.

Удаленная железа вѣсила 12 фунтовъ. Консистенція мягкая, мозговидная; мѣстами омертвѣніе и гнойное расплавленіе. Послѣвъ гноя далъ *bacter. coli commun.* и кокки. Микроскопически — *Sarcoma fuso-cellulare*, мѣстами омертвѣніе, попадаются гигантскія клѣтки Въ лимфатическихъ железахъ — метастазъ.



## Второй случай—*cysto-sarcoma mammae*.

Больная Р. 47 л. (Ист. б. № 152 <sup>20/1</sup>—<sup>20/11</sup> 1910 г.); замужняя, 2 дѣтей. 8 лѣтъ назадъ замѣтила опухоль въ брюшной полости. 2 года назадъ былъ діагносир. правосторонній сухой плевритъ и межреберная невралгія, 11 мѣсяцевъ—боли въ правой гр. жел., черезъ мѣсяць—въ лѣвой. Вскорѣ въ такомъ же порядкѣ въ гр. железахъ появились опухоли. Лѣчилась мышьякомъ и іодомъ. Въ октябрѣ 1909 г. появились боли въ рукахъ и явленія парестезіи. Съ ноября опухоли стали увеличиваться быстрѣе. Status praesens: при выстукиваніи праваго легкаго тупой звукъ по axillag'ной линіи, начиная съ 6-го ребра, а сзади съ 9-го. Въ обл. притупл. дышат. шумовъ нѣтъ, выше везикулярное дыханіе. Сердце, почки—норма. Нервн. стволы плечевого сплетенія болѣзненны при давленіи. Въ правой гр. ж. три небольшихъ, въ лѣвой — одна большая опухоль. Последняя состоитъ какъ бы изъ 2-хъ половинъ подвижныхъ одна возлѣ другой. Опухоли плотны, подвижны. Въ области epigastrii и лѣвыхъ ложныхъ реберъ плотная неподвижная, припаянная къ ребрамъ опухоль. Такая же величиной съ чечевицу, подвижная у 4-го поясничнаго позвонка. Въ брюшной полости двѣ опухоли величиной въ кулакъ, подвижныя. Одна въ полости малаго таза, исходитъ изъ матки, со стѣнками таза не сращена, другая выше, въ большемъ тазу. <sup>6/11</sup> подъ общимъ наркозомъ операція: на правой гр. ж. линейный разрѣзъ въ 15 см. 3 опухоли въ клѣтчаткѣ легко удалены. Небольшая турунда. Слѣва 2 овальныхъ сходящихся разрѣза. Опухоли въ клѣтчаткѣ. Удалены 2 большихъ и 2 маленькихъ. Контрапертура по lin. axillaris. Зашиваніе раны наглухо. Въ области epigastrii. опухоль проросла передній листокъ аноневроза прямой мышцы. Съ надхрящницей сращенія не было. Дефектъ въ прямой мышцѣ закрытъ сшиваніемъ самой мышцы. Зашиваніе наглухо.

Заживленіе гладкое. Боли въ рукахъ держатся. Повидимому это обусловлено корешковымъ процессомъ, благодаря саркоматозному обѣмненію.

Удаленн. опухоли мягки, величиной отъ горошины до мандарина. На разрѣзѣ мясисты, красны. Мѣстами вкраплены участки желтоватаго цвѣта—повидимому,—некрозъ. Малое увелич.: альвеолярное строеніе, много разной величины кровоизліяній. Большое увеличеніе: Sarcoma, главн. образ., веретенообразн. строенія, хотя есть клѣтки и съ круглымъ ядромъ. Мѣстами сосуды нафаршированы саркоматозными клѣтками.

## В. Болѣзни плевры и легкаго—4 сл. (3 м., 1 ж.).

### 1. Воспаленія.

#### а) Острыя.

##### 1) эмпіема — 2 случая.

Въ обоихъ случаяхъ резекція ребра подъ мѣстнымъ обезболиваніемъ. Одинъ окончился благополучно—больной вышелъ съ небольшимъ свищемъ и ничтожнымъ количествомъ отдѣляемаго, прибавивъ въ вѣсѣ 11 фунтовъ. Другой закончился летально на 6-ой день послѣ операціи. Въ данномъ случаѣ у больной 22 л. имѣлась налицо (послѣ крови) *Streptococcaeemia*.

##### 2) abscessus pulmonis destri — 1 случ.

Б-ой переведенъ изъ терапевтическаго отдѣленія. Операція—резекція 2-хъ реберъ. Смерть нѣ 6-ой день послѣ операціи.

#### б) хроническія.

Одинъ случай *fistula toracis* послѣ операціи резекціи реберъ по поводу эмпіемы. Этотъ б-ой лежалъ у насъ въ клиникѣ раньше 2 раза и о немъ упоминается въ 1-мъ и 3-мъ выпускѣ „Ежегодника“.

Больной К. 36 л. (Ист. б. № 34 <sup>12</sup>/хл 1909 г.—<sup>12</sup>/1 1910 г.). Лѣтъ 18 т. назадъ перенесъ воспал. праваго легкаго, осложнившееся гнойнымъ плевритомъ. На операцію не согласился и черезъ нѣск. мѣсяцевъ поправился и чувств. себя хорошо. 3 1/2 года т. наз. послѣ простуды снова правостор. плевритъ; дѣло затянулось—боли, знобы по вечерамъ, похуданіе. Черезъ 5 мѣсяц., въ октябрѣ 1906 г., б-ой поступилъ къ намъ. (См. „Ежегодникъ“ вып. 1-ый, стр. 194) съ большимъ выпотомъ въ прав. плеврѣ. При пункціи стерильный гной. <sup>30</sup>/х резекція 9-го ребра по задн. axillag'ной л. <sup>16</sup>/х резекція 7, 8 и 10 реберъ. <sup>20</sup>/хл 1906 г. выписался со свищемъ. Въ ноябрѣ 1908 г. поступилъ снова съ незаживающимъ свищемъ, но выписался, не согласившись на операцію (см. „Ежегодникъ“. выпускъ III стр. 147). Свищъ не заживалъ, изъ него постоянно выдѣлялось порядочно гноя, <sup>12</sup>/хл 1909 г. б-ой въ 3-й разъ поступилъ въ нашу клинику. St. praes.: Западеніе правой половины грудной клѣтки. Сзади смъ на 2 ниже угла лопатки втянутая рубцовая поверхность, среди которой свищевое отверстіе, пропускающее мизинецъ. Зондъ вверхъ и впередъ уходитъ на 17—18 см., внизъ—на 2 см. При перкуссіи праваго легкаго впереди и сзади всюду приглушенный звукъ. Дыханіе проводится, fremitus—ослабленъ. <sup>16</sup>/хл подъ общимъ наркозомъ операція: большой дугообразный разрѣзъ, начиная отъ m. pectoralis major по передней axillag'ной линіи внизъ, обходя снизу свищевое отверстіе, затѣмъ кзади и кверху между позвоночникомъ и лопаткой почти до ея середины. Отдѣленіе кожномышечнаго лоскута. Резекція реберъ отъ II до X. Мышечно-надкостнично-плевральная стѣнка грудн. полости разсѣчена сверху внизъ. Плевральная полость спалась. 5 тампоновъ. Зашивание большой части раны. Ежедневныя перевязки съ тампоной плеврал. полости. Полость постепенно уменьшилась. <sup>12</sup>/1 1910 г. выписался съ небольшимъ свищемъ и сильнымъ западеніемъ половины грудн. клѣтки.

#### Г. Заболѣванія пищевода. 4 сл. (всѣ мужч.).

Во всѣхъ случаяхъ дѣло шло о суженіи пищевода. Въ 2-хъ случ. суженіе ракового происхожденія. Возрастъ больныхъ 42—43 г. Мѣсто суженія опредѣлялось зондомъ на разстояніи 40 см. отъ зубного края. Въ обоихъ случаяхъ была сдѣлана Gastrostomia по Fontan'y. Больные были въ удовлетворительномъ состояніи съ хорошо удавшимся желудочнымъ свищемъ.

3-й случай не былъ оперированъ, такъ какъ, несмотря на жалобы больного на затрудненіе при глотаніи пищи, при изслѣдованіи оказалось, что даже толстые номера зонда проходятъ свободно и за время пребыванія въ клиникѣ больной хорошо глоталъ пищу.

Въ 4-мъ случаѣ суженіе пищевода было обусловлено имѣющеюся у больного аневризмою дуги аорты. Мѣсто суженія—25 см. отъ зубного края. Gastrostomia по Kader'y. Выбылъ съ хорошимъ желудочнымъ свищемъ.

### IV. Болѣзни органовъ живота и таза.

230 чел. (150 м. и 80 ж., ум. 17).

#### А. Болѣзни брюшныхъ стѣпокъ 5 ч. (2 м. и 3 ж.)

##### а. Воспалительныя заболѣванія 2 женщины.

1. Гнойникъ брюшной стѣнки (№ 810 г. 1909), который былъ вскрытъ (bac. coli comm. et streptococcus). Происхожденіе гнойника не выяснено, такъ какъ больная сейчасъ же ушла изъ клиники. Черезъ 2 недѣли получены свѣдѣнія о ея смерти.

2. Язва на старомъ коллоидномъ рубцѣ послѣ ожога (№ 543 г. 1910). Отъ пересадки кожи больная отказалась.

б. *Новообразованія* 3 сл. (2 м. и 1 ж.)—по 1-му разу lipoma (№ 858 г. 1910), fibromata (№ 301 г. 1910) и fibrosarcoma.

М. К. женщина (11/х—3/хп 1909 г. № 811) 34 лѣтъ. Опухоль растетъ 2 года. Годъ тому назадъ Кессарево сѣченіе (ребенокъ живъ). 3 года т. н. вскрытъ гнойникъ пр. пахов. области (parametritis). Опухоль занимаетъ всю нижнюю половину передн. брюшной стѣнки въ границахъ между пупкомъ и лобкомъ и обоими гребешками подвздошн. костей. Съ кожей и внутренн. органами не связана. Она плотна и малоподвижна.

20/х Общ. нарк. Кожный разрѣзъ отъ пупка до лобка. Опухоль между брюшиной и мышцами живота. Отдѣлить ее отъ спереди и сзади лежащихъ слоевъ было легко, труднѣе—отдѣленіе отъ лобковыхъ костей, а въ cavum Redzii отдѣлить отъ мочево. пузыря не удалось, и часть стѣнокъ послѣдняго пришлось удалить вмѣстѣ съ опухолью.

Заживленіе per granulationem безъ особыхъ осложнений.

При микроскоп. изслѣд.—веретенообразная саркома съ соединительно-тканными волокнами.

в. *Травматическія поврежденія* брюшныхъ стѣнокъ съ пораженіемъ внутреннихъ органовъ наблюдались 3 раза (2 м. и 1 ж.), ум. 2: въ 1 случаѣ—колотая рана и въ 2-хъ случаяхъ—огнестрѣльные.

1. Н. П., слесарь, 30 л. (23/х—16/хп 1900 г. № 105). 19/х забивая крюкъ въ потолокъ, упалъ на острое украшеніе отъ спинки кровати, которое вошло въ промежность. Поступилъ съ явленіями перитонита, рана—in regione ischio-rectali.

23/х Общ. нарк. По вскрытіи брюшины—сильная гиперемія паріет. брюшины, на мѣстѣ перехода sigmoidea въ rectum—кровоподтекъ. Эксудата—не было. Тампонъ. Повязка.

При дальнѣйшемъ теченіи явленія перитонита значительно уменьшились, но въ маломъ тазу развилось нагноеніе. Пришлось 3 раза дѣлать добавочные разрѣзы, тѣмъ не менѣе нагноеніе продолжалось. Развился cystitis съ чистой культурой b. coli comm., pyelitis и больной погибъ 16/хп 1909 г.

2. О. Л., ученица зубоврач. курсовъ, 19 л. (17/п—2/iv 1909 г. № 333). Раненіе револьверной пулей въ подложечную область, выходн. отверстія нѣтъ. Пуля подъ кожей сзади съ лѣв. стор. между 10 и 11 ребромъ. Пульсъ слабый, очень частый.

17/п Общ. нарк. Разрѣзъ по средн. линіи съ поперечнымъ черезъ прямую мышцу. Въ брюшной полости—кровь. На задней стѣнкѣ желудка близъ cardia—пулевое отверстіе, наложенъ шовъ. Тампонада по Микуличу. Пуля извлечена.

Заживленіе безъ осложнений. Выздоровленіе.

3. В. Д., крестьянинъ, 23 л. (№ 62 г. 1910). Получилъ полный зарядъ дробіи въ животъ. Доставленъ съ слабымъ пульсомъ, 110 въ минуту. Начинающійся перитонитъ.

Сейчасъ же подъ общ. нарк.—лапаротомія. Кишечникъ въ нѣсколькихъ мѣстахъ покрытъ кровоподтеками. Пулевыхъ отверстій въ немъ не найдено. Тампонада.

Черезъ нѣсколько часовъ смерть.

В. *Воспаленіе брюшины* 6 случ. (2 м. и 4 ж.), ум. 4. Острого характера были 5 и хроническаго (tuberculosis)—1, съ значительнымъ улучшеніемъ выписались 2, изъ нихъ 1 былъ туберкулезнаго происхожденія:

П. И., крестьянка, 36 л. (16/х—15/п 1910 г. № 47). Среди родныхъ туберкулеза не было. 2 года т. н.—кашель, одышка, кровохарканье, лихородка, ночн. поты. Въ мартѣ 1909 г.—боли въ животѣ, асцитъ.

St. praes.: животъ увеличенъ, чувствителенъ при давленіи, асцитъ. Верхушка пр. легкаго—притупленіе, рѣзкій выдохъ, хрипы. Реакція Pirquet и Calmette положительны.

Моча—бѣлокъ, зернистые цилиндры, клѣтки почечнаго эпителія, лейкоциты. Т° 39,0. Значительное истощеніе.

<sup>27</sup>/х<sub>1</sub> мѣстная анѣст. Разрѣзь по средней линіи. Брюшина покрыта бугорками. Кишечныя петли плотно спаяны между собою. Шовъ—кѣтгутъ, наглухо.

Заживленіе—*prima intentio*. Асцитъ не повторился. Боли въ животѣ уменьшились. Количество мочи увеличилось. Т° все время къ вечеру повышалась до 38,2°. Легкія—in statu quo.

Среди случаевъ остр. воспал. брюшины 3 были послѣ перфорациі: язвы желудка 1 и червеобр. отростка 2. Послѣдніе 2 не были оперированы, такъ какъ доставлены поздно (на 4 и 5 день) и въ очень плохомъ состояніи (№№ 13 и 14 г. 1910). Оба лѣчились до поступленія слабительными: кастор. масл., и такъ какъ оно не вызывало послабленія, то повторныя клизмы. Третій случай перфоративнаго перитонита слѣд.:

Ф. Г., швейцаръ, 26 л. (№ 112 г. 1909). 7 лѣтъ боль подъ ложечкой послѣ ѣды, частая рвота. За день до поступленія, натирая полъ, почувствовалъ очень сильную боль въ животѣ. Черезъ 18 час. былъ доставленъ въ больницу съ явленіями общ. перитонита. Сейчасъ же подъ общ. нарк.—лапоротомія. Мутный экссудатъ. Пилорическая часть въ рубцахъ. На передн. стѣнкѣ желудка—перфорация. Наложень шовъ. *Gastroenterostomia retroc. post.* Добавоч. разрѣзы: 2 на поясницѣ, 2 спереди внизу живота и 1 на промежности.

Черезъ 26 час.—смерть.

1 случай остр. воспал. брюшины (№ 409 г. 1910) былъ послѣ заболѣв. женск. полов. орган.

Немедленно подъ общ. нарк. вскрытіе брюшины. Источникъ заболѣв. точно не обнаруженъ, но въ задн. Дугласъ—спайки, и сюда заведены тампоны.

Черезъ 6 недѣль выздоровленіе.

Въ 5-омъ случаѣ происхожденіе остраго перитонита не выяснено:

М. К., жена офицера, 21 г. (<sup>11</sup>/х<sub>1</sub>—<sup>4</sup>/х<sub>II</sub> 1909 г. № 101). Послѣд. годъ—запоры. Частыя боли въ животѣ безъ локализациі. <sup>24</sup>/х по дорогѣ въ Москву—жаръ (39,0), острые боли въ животѣ, рвота. До <sup>11</sup>/х<sub>1</sub>—лѣчилась дома.

*St. praes.*: т° 38,9°, животъ вздутъ, очень болѣзненъ, съ лѣв. стороны—притупленіе, и боль въ этомъ мѣстѣ интенсивнѣе. Слабый пульсъ, 140—въ мин. Немедленно подъ общ. нарк.—вскрытіе брюшины. Густой желтов.-зелен. гной. Въ верхней полов. живота брюшина чистая. Кишечн. петли спаяны. 2 добав. разрѣза. Тампонада.

По 4 декабря больная лихорадила, на 6-ой день лѣво-стор. рпеитомія. Постепенное паденіе пульса. Смерть.

Вскрытія не было.

*С. Болѣзни желудка* 16 случ. (12 м. и 4 ж.), ум. 1.

Изъ нихъ въ 10 случаяхъ были злокач. новообр., 9 муж. и 1 жен. въ возрастѣ отъ 22 л.—57 л. Въ 3 случаяхъ, у болѣе молодыхъ больныхъ (отъ 22—27 л.) обнаружено НСІ въ количествѣ отъ 1—32 *pro mille*. Молочная кисл. обнаружена во всѣхъ случаяхъ. Большею частью реакція *Weber* и *Mayer* положительны. Нѣсколько разъ производилась антитрипсиновая реакція, ея діагностическое значеніе въ нашихъ случаяхъ не подтверждалось. Въ 2 случаяхъ была сдѣлана резекція желудка, въ 3—*gastroenterost. retroc. post.* и въ 2—*gastroenterost antec. ant.* съ

Брауновскимъ кишечн. аностомозомъ. Въ 3 случаяхъ (№ 763 г. 1909, №№ 381 и 484 г. 1910) больные отказались отъ операціи. Изъ опериров. случаевъ 4 раза расположеніе рака наблюдалось въ пилорической части, и 3 раза—на задней стѣнкѣ желудка.

1. П. Е., прислуга, 52 л. (8/x—24/xi 1909 г. № 729). Впервые диспептическія явленія замѣчены въ мартѣ этого года. Кровавой рвоты не было.

St. praes.: Сильное истощеніе. Прощупывается опухоль. Кислотность 24, HCl—abs. молочная—рѣзко выражена. Weber, Mayer—положительно.

14/xi Общ. нарк. Опухоль занимаетъ приврат., всю малую кривизну. На передней поверхности желудка отдѣльный небольшой узелъ. Желудокъ расширенъ, опущенъ. Резекція желудка, узелъ на передней стѣнкѣ желудка вылушенъ отдѣльно, gastroenterost. retrocolica, соустье между привод. и отводящ. отрѣзками петли тонк. кишокъ. Заживленіе—per primam. Осложненій не было.

Микроскоп. препар.—скиръ.

2. И. М., стрѣлочникъ 37 л. (17/xi—31/xii 1909 г. № 913). Боленъ съ ноября 1909 г. Сильное истощеніе. Опухоль прощупывается. Желудокъ расширенъ. Кислотность—80, HCl—32, молочная—не рѣзко. Weber—положительно.

3/xii Общ. нарк. Gastr.-enterost. retroc. post. Опухоль—пилорическая часть, сращенія съ печенью, желч. пуз. и pancreas. Много железъ по малой кривизнѣ.

Prima intentio. Значительное улучшеніе общ. состоянія. Микр. преп.—adeno-carcinoma

3. Г. М., рабочій на сукон. фабр., 28 л. (11/xi—23/i 1910 г. № 66). Боленъ около 2 лѣтъ. Боли послѣ ѣды. Сильное истощеніе. Въ испражн.—Weber положительно.

Кисл. 47, HCl—0,9. Молоч. кисл.—рѣзко. Weber—положительно. Опухоль не прощупывается.

17/xii Общ. нарк. Gastr.-enterost. retroc. post. Опухоль—pylorus. Сращеніе съ печенью и pancreas.

Prima intentio. Значительное улучшеніе.

4. П. Г., домашн. хозяйство, 48 л. (21/ii—1/iv 1910 г. № 327). Болея 1 годъ. Опухоль замѣчена 5 м. т. н. Диспептическихъ явленій нѣтъ. Сильное истощеніе. HCl—abs; молочн.—не рѣзко, кислотность—50. Weber—abs. Meyer—положительно. Въ испражн.—кровь.

8/iii Общ. нарк. Резекція желудка и gastr.-enterost retroc. Опухоль—pylorus, часть fundus ventric. curvatura major.

Prima intentio. Ушла въ очень хорошемъ состояніи. Микр. преп.—adenocarcinoma.

5. А. Н., литографъ, 22 л. (7/iii—6/iv 1910 г. № 363) Диспептич. явл.—1 1/2 г. Кровавой рвоты не было. Опухоль прощупыв. Желудокъ расширенъ. Кислотность—84, HCl—20, молочн.—рѣзко. Въ испражн.—Mayer—положит.

Общ. нарк. Gastroent. retrocol post. verticalis sine anostimosi. Опухоль pylorus, сращеніе съ печенью, pancreas. Много железъ.

Prima intentio. Значительное улучшеніе. Микр. преп.—adenocarcinoma.

6. Д. Т., рабочій, 50 л. (3/v—20/v 1910 г. № 516). Боленъ 1 годъ. Сильно похудѣлъ. Опухоль прощупывается. Кислотность—15, HCl—abs., молочная—не рѣзко. Желудокъ расширенъ.

12/v Общ. нарк. Gastr.-enteros. antecolica. Опухоль всей задней стѣнки желудка. Метастазы въ сальникѣ.

Теченіе гладкое.

7. Т. Ш., слесарь, 36 л. (3/vi—1 vii 1910 г. № 571). Опухоль замѣчена 8 л. т. н. Послѣдній годъ быстрый ростъ. Сильное похуданіе. Диспептич. явленій нѣтъ. Опухоль плотна, неподвижна.

Общ. нарк. Gastroenterost. antecolica. Enteroanostomosis Braun.

Prima intentio. Значительное улучшеніе.

Среди остальныхъ случаевъ заболѣваній желудка 4 раза были воспалительнаго характера: 3 раза круглая язва желудка (2 м. и 1 ж.)

и 1 разъ (№ 373 г. 1910) повидимому логическаго происхожденія, и поэтому не оперированъ.

1. Р. Р., врачъ, 46 л. (26/1—19/II 1910 г. № 147). 29 октября первая рвота съ обильнымъ кровотеченіемъ. Въ испражненіяхъ также кровь. Послѣдній мѣсяцъ рвота ежедневно. Кровотеченій больше не было. Сильное истощеніе. Боли послѣ ѣды. Прощупывается очень болѣзненная опухоль. Кислотность — 42, HCl — abs., молочная — рѣзко.

5/II Общ. нарк. Привратникъ сильно суженъ, окруженъ инфильтратомъ. Железъ нигдѣ нѣтъ. Задняя стѣнка желудка неподвижна. Gastro-duodenostomia.

Prima intentio. Выздоровленіе.

Въ декабрь 1911 г. — Значительно пополнѣлъ, самочувствіе очень хорошее. Опухоль не прощупывается.

2. С. Ж., крестьянка, 24 л. (28/1—12/III 1910 г. № 245). Болея 6 лѣтъ. Послѣдніе 3 года почти ежедневно рвота послѣ ѣды. Сильныя боли. 3—4 раза кровотеченія. Сильное истощеніе. Боль при давленіи подъ ложечкой. Кислотность 90, HCl — рѣзко.

8/II Общ. наркозъ Gastr.-enteros. retros. post. Pylorus стянутъ рубцомъ.

Prima intentio.

3. А. С., дом. хозяйство, 50 л. (29/III—1/IV 1910 г. № 480) Болея 2 года. Сильныя боли. Рвота. Кислотность колебалась 26—103, и HCl—14—80. Быстро худѣла и слабѣла. Кровавой рвоты не было. Тумор не прощупывается.

29/III Общ. нарк. Gastr.-enteros. retrocol. post. Въ выходной части желудка, duodenum и головкѣ pancreas — инфильтратъ.

Послѣ операціи значительное улучшеніе.

18/IV снова рѣзкое ухудшеніе: боли, рвота.

21/IV Общ. нарк. Отверстіе соустья сужено спайками. Разрѣзъ черезъ стѣнку желудка, и введеннымъ въ желудокъ пальцемъ отверстіе расширено.

Черезъ 3 недѣли ушла здоровой.

1 случай enteroptosis (№ 837 г. 1909) и такъ какъ желудокъ болѣе всего былъ опущенъ, и всѣ жалобы больной объяснялись опущеніемъ желудка, то и была сдѣлана подъ общ. нарк. только gastr.-enteros. retros. post.

Наконецъ послѣдній случай былъ обильныя желудочныя кровотечения при циррозѣ печени:

Г. Ш., крестьянинъ, 54 л. (10/III—18/IV 1910 г. № 48). Потаторъ. Отецъ и сестра умерли отъ кровоизліянія въ мозгъ. 6 лѣтъ — боли въ животѣ послѣ ѣды. Съ 26/III с. г. — частая кровавая рвота. Сильно ослабъ. St. praes.: Худой. Очень слабый. Hb.—150/0. Геморроя нѣтъ. Животъ вздутъ. Асцитъ. При давленіи боли нѣтъ. HCl—abs. Молочная — ясная.

22/III Мѣст. анѣст. Желудокъ увеличенъ, выходъ свободенъ. Gastr.-enteros. antec.+enteroanast. Braun.

Въ послѣоперац. теченіи кровавой рвоты не было, тѣмъ не менѣе больной слабѣлъ и 18/IV—exitus.

Вскрытіе: Oesophagitis chron. Varices oesophagi. Cirrhosis hepatis atrophicans in grado summo. Tumor lienis chron. Ascitis. Colitis chron. ulcerosa. Atrophia fusca. cordis. Catarrus ventriculi chron. Oedema pulmonum. Peritonitis subacuta exsudativa.

Д. Заболѣванія кишекъ (кромѣ прямой) 4 случая, всѣ мужчины, 1 — умеръ.

а. Непроходимость кишекъ 2 сл.

1. И. А., урядникъ, 31 г. (31/III—5/IV 1910 г. № 36). 15/III — рѣзкая боль въ животѣ, рвота. Послѣ слабительныхъ — улучшеніе. 17/III — снова рвота, запоръ. Временами улучшеніе.

31/III поступилъ въ больницу. Животъ вздутъ. Перестальтика кишекъ. Газы отходятъ, послѣ клизмы слабило. Пульсъ 100. Животъ не болѣзненъ.

31/IV Общ. нарк. Разрѣзъ по сред. линіи. Часть тонкихъ кишекъ въ 9 см. инвагинирована. Выше — рѣзкое вздутіе кишечника, ниже — спавшіяся петли. Резекція.

Черезъ 36 ч. — смерть.

*Вскрытіе:* Peritonitis purul. incip. circumscripta. Meteorismus intestin. Degeneratio pancreatum. myocardii, hepatis et renum. Hyperplasia pulpaе lienis magna. Catarrus ventr. chron. Состояніе швовъ хорошее. Часть стѣнки отводящаго отрѣзка кишки — некротизировалась.

2. И. С., письмоводитель, 34 л. (23/VI—20/VII 1910 г. № 585). Явленія непроходимости.

Общ. нарк. Volvulus тонкихъ кишекъ. Кишечникъ расправленъ.

Выздоровленіе. Prima intentio.

б. *Новообразованія брызжечныхъ железъ.* 2 сл. (№ 802 г. 1909 и № 556 г. 1911). Оба оказались неудаляемыми и поэтому пришлось ограничиться только чревостѣченіемъ.

Е. *Болезни прямой кишки* 17 сл. (15 м. и 2 ж.), ум. 1.

а. *Tumores haemorrhoidales* наблюдались 13 разъ: у 11 мужч. отъ 21 г. до 59 л. и 2 жен. 27 и 32 л. Въ 5 случаяхъ отмѣчена наследственная передача. У обѣихъ женщинъ послѣ беременности. Показаніемъ къ операциі служили частыя кровотеченія. 2—не были оперированы (№№ 454 и 593 г. 1910), такъ какъ послѣдовало значительное улучшеніе отъ лѣченія клизмами и ваннами.

Изъ 11 оперированныхъ 8 получили общ. нарк. и 3 оперированы подъ мѣстн. анестезіей. Операция производилась по примѣру прежнихъ лѣтъ исключительно перевязываніемъ и отсѣченіемъ геморроидальныхъ узловъ. Въ 6 случаяхъ первые 2—3 дня была задержка мочеиспусканія. Больные выписывались большею частью черезъ 2 недѣли послѣ операциі.

№№ истор. болѣз. за 1909 г.: 607, 699, 707, 721, 778 и 847.

„ „ за 1910 г.: 49, 162, 194, 248 и 605.

б. *Paraproctitis* — 2 сл. 1 (№ 620 г. 1910) выздоровѣлъ, другой — умеръ.

Д. В., миров. судья, 52 л. (4/XI—19/1 1910 г. № 9). Боленъ 3 года. Постоянные нарывы около прямой кишки, многократно вскрывались разрѣзами. Tuberculosis pulmonum.

St praes. Гной изъ anus. Болѣзненная дефекація. Слизистая recti на 10 см. вишнево-краснаго цвѣта, много свищей, сѣрыя вялыя грануляціи. Pirquit — рѣзко положительно.

14/XI, 27/XII и 11/1 подъ общ. нарк. вскрывались гнойники. Сдѣланъ anus praeternatural. Больной постепенно слабѣлъ. Мѣстный процессъ ухудшался. Бациллы Коха ни въ гною, ни въ испражн. ни разу не находились. Послѣ образованія anus praeternat. улучшенія не было. 19/1 1910 г. — умеръ.

*Вскрытіе:* Proctitis chron. fistulosa et cicatricosa. Periparaproctitis gangraenosa. Oedema scroti et partis infer. parietis abdominis anterioris. Peritonitis fibrinosa circumscripta incip. Tbc. apicum. Tumor lienis septicus.

в. *Prolapsus recti* — 1 сл. (№ 93 г. 1910).

Циркулярное выпячиваніе одной слизистой. Подъ мѣстн. анест. проведена circa anum серебрян. проволока. Выздоровленіе.

г. *Corpus alienum recti* 1 сл.

Бутылка въ  $\frac{1}{100}$  ведра. Подъ общ. нарк. извлечена при помощи гинеколог. зеркала.

Г. Болѣзни печени 9 сл. (6 м. и 3 ж.) ум.—3.

а. *Lithiasis v. felleae* 4(3 ж. и 1 м.) ум. — 1.

1. С. М., учительница, 25 л. ( $\frac{19}{\text{XII}}$  —  $\frac{30}{\text{I}}$  1909 г. № 909). Отецъ и братъ умерли отъ (ис. легкихъ. Мать и сестра умерли отъ рака. Боль въ пр. подреберьи 5 лѣтъ. Приступы боли, рвота и запоры, безъ желтухи и лихорадки) повторялись очень часто.

St. praes. Область желчн. пузыря очень болѣзненна. Въ пр. легкомъ крепетирующие хрипы и шумъ тренія плевры.

Ушла безъ операціи.

2. А. Ф., эконожка, 49 л. ( $\frac{13}{\text{III}}$   $\frac{1}{\text{I}}$  1910 № 1) 17-ти лѣтъ былъ приступъ сильной боли подъ ложечкой. Такія боли повторялись черезъ 4—5 лѣтъ. Была ли желтуха, не помнитъ. Въ апрѣлѣ 1909 г. былъ сильный приступъ боли въ пр. подреберьи, желтуха, рвота,  $\text{t}^{\circ}$  38,0, ознобъ продолжался 2 недѣли. Въ поярѣ такой же приступъ.

St. praes. Небольшая желтуха. Животъ вздутъ, болѣзненность подъ ложечкой и области желч. пузыря. Въ мочѣ желч. пигменты.

$\frac{20}{\text{XII}}$  общ. нарк. Разрѣзь Кера. Пузырь небольшой, рыхлая спайки. 82 небольш. камня. Протоки свободны. Пузырь удаленъ. Тампонада.

Въ теченіе 3 сутокъ постепенное ослабленіе сердечной дѣятельности.  $\frac{1}{\text{I}}$  — умерла. Желчь при операціи — стерильна.

Вскрытіе: Peritonitis pyofibrinosa in reg. operat. et lobi dextri hepatis. Dilatatio d. choledochi; Peri—gastro hepatitis chr., Myosarcoma uteri.

3. П. К., торговецъ, 50 л. ( $\frac{2}{\text{I}}$  —  $\frac{7}{\text{V}}$  1910 г. № 472). 41 года — желтуха, боли въ пр. подреб. Въ августѣ 1909 г. боли, желтуха, рвота, глинист. экскременты. Въ декабрѣ снова приступъ, но съ ознобомъ и  $\text{t}^{\circ}$  39,0.

St. praes. Печень увеличена. Область желч. пузыря болѣзненна. Въ мочѣ желч. пигменты. Желтуха. Сосуды склерозированы, сильный зудъ.

$\frac{20}{\text{II}}$  Общ. нарк. Разрѣзь Кера. Очень плотныя сращенія между печенью, желудкомъ, сальникомъ, двѣнадцатиперстной и поджелудочной железой. Желчный пузырь очень малъ, въ глубинѣ и окутанъ спайками. Въ пузырь гной и очень мелкіе камни. Въ choledochus — гной и камень. Cysticus — вскрытъ. Пузырь удаленъ. Тампонада.

На 7, 8, 9 и 10 дней—кровотеченія. Рана заполнялась очень медленно. Только въ серединѣ апрѣля foeces окрашены нормально. 7 мая ушелъ здоровымъ.

4. Л. Ч., артистка, 28 л. ( $\frac{10}{\text{V}}$  —  $\frac{22}{\text{V}}$  1910 г. № 510) 5 л. т. н. первый приступъ: боли, рвота,  $\text{t}^{\circ}$  39,0, желтуха. 2 г. т. н. такой же приступъ. Последнее время постоянная боль, иногда желтуха, рвота.

St. praes. Желтухи нѣтъ. Въ мочѣ слѣды желч. пигм. Желчн. пузырь очень болѣзненъ.

$\frac{21}{\text{IV}}$  Общ. нарк. Разрѣзь Кера. 1 камень въ пузырь. Шовъ на пузырь.

Быстро поправилась.

Такимъ обр. сдѣлано 3 операціи: 2—cholecystectomy и 1—cholecystotomy. 1 больная погибла отъ перитонита.

б. *Hydrops v. felleae* — 1 случай.

М. Р., домаш. хозяйство, 34 л. ( $\frac{17}{\text{II}}$  —  $\frac{7}{\text{IV}}$  1910 г. № 367). 3 г. т. н. сильныя боли въ пр. подреберьи. Боли повторялись 3—4 раза въ годъ. Въ мартѣ 1909 г. — опухоль на мѣстѣ желч. пузыря. Сильные болевые приступы въ маѣ и въ январѣ 1910 г. Желтухи не было.

St. praes.: хорошее питаніе. Желчный пузырь прощупывается въ видѣ очень подвижной, болѣзненной, гладкой и напряженной опухоли.



Общ. нарк. Разрѣзь Кера. Желчный пузырь очень растянутъ (15×5). Cholecystostomia. Сращеній не было. Заживленіе безъ осложнений.

в. Echinococcus hepatis — 1 случай.

Е. К., крестьянка, 26 л. (8/v — 5/vi 1910 г. № 529). Последніе 2 года худѣтъ. Аппетита нѣтъ. Въ подложечной области опухоль величиною съ апельсинъ, не болѣзненная, плотная, слѣдуетъ за дыхательными движеніями.

<sup>22/v</sup> Общ. нарк. Лапоротомія. Ехинококковая киста лѣв. доли печени. Хитиновая оболочка удалена. Тампонада.

Безъ осложнений. Выдѣленіе желчи незначительно. Выздоровленіе.

г. Carcinoma hepatis — 2 случая. 1 изъ нихъ — первичная локализация въ печени (№ 5 г. 1910), и другой — метастазъ изъ головки pancreas. (№ 114 г. 1909). Въ первомъ случаѣ сдѣлано только діагностическое вскрытіе брюшины, въ 2-мъ въ виду упорной желтухи изъ за камней въ d. choledochus сдѣлано соустье между желчн. пуз. и желудкомъ. Желтуха и всѣ сопровождающія ее явленія быстро исчезли. Оба умерли.

*Вскрытіе:* 1: Cancer hepatis primarius. Periton. purul. in reg. partis dextri abdominis. Tumor Ienis sept. Nephritis interstit. Tubercul. caseosa apicis dext. pulmon. et pneumonia chron. fibr. dextr.

2. Peritonit. pyofibrin. circumsc. in reg. operat. et lobi dextr. hepatis. Cancer capitis pancreat. Metastasis in hepate. Bronchopneumonia gangraenosa utriusque pulmonis. Pleuritis exsudat. dextr. pyofibrinosa.

д. Lues hepatis — 1 случай.

А. К., домаш. хозяйство, 34 л. (<sup>29/i</sup>—<sup>13/iii</sup>—1910 № 255). 9 л. т. п. — печеночная колика. Черезъ 3 г. — повторилась. Въ сентябрѣ 1909 г. очень сильный приступъ. Съ тѣхъ поръ припухлость въ прав. подреберьи не исчезала. Желтухи не было.

St. praes.: Питаніе нормально. М. rectus съ пр. стор. сильно напряженъ. Печень увеличена на 2 пальца. Опухоль на мѣстѣ желч. пузыря. Сильная болѣзненность при ощупываніи. Wasserman + + + +.

<sup>10/ii</sup> Общ. нарк. Разрѣзь Кера. Желчный пузырь нормаленъ. Пр. доля печени увеличена — гипта.

Заживленіе безъ осложнений.

Г. Мочеполовые болѣзни. 26 сл. (13 м. и 13 ж.), ум. 3.

А. Заболѣванія почекъ. 16 сл. (8 м. и 8 ж.), ум. — 2.

а. Nephrolithiasis 3 сл. (2 м. и 1 ж.). Въ возрастѣ отъ 21 г. до 45 л.

Въ 2 случаяхъ операціи не было: въ 1 (№ 411 г. 1910) больной отказался отъ операціи, а въ другомъ (№ 557 г. 1909) — у больного сдѣлался въ больницѣ острый психозъ и пришлось его выписать безъ операціи. Всѣ три случая представляли типичную клиническую картину камней почекъ (всѣ съ прав. стор.), и въ 2-хъ случаяхъ камень подтвержденъ рентгенограммой. Въ 1 случаѣ (№ 319 г. 1910) прежде всего выступали явленія Hydronephrosis съ пр. стор. и только рентгенограмма указала на присутствіе камня ниже 12 ребра. Закупорка прав. мочеточника ясно обнаруживалось индиго-карминовой пробой,

а также и катетеризаціей мочеточниковъ. Въ этомъ случаѣ сдѣлана подъ общ. нарк. nephrectomia. Камень оказался въ верхнемъ отдѣлѣ мочеточника.

б. *Neoplasma malignum renis*. 3 сл. (2 м. 1 ж.), ум.—2.

1. В. Б., конторщикъ, 36 л. (28/viii—26/x 1900 г. № 57). Въ маѣ 1909 г. замѣтилъ кровь въ мочѣ. Сильное истощеніе. Анаемія. Опухоль не прощупывается. Боли нѣтъ. Пр. мочеточникъ расширенъ, выдѣляется кровь. Обильныя кровотеченія служили показаніемъ къ удаленію почки. 29/ix общ. нарк. Nephrectomia dextra. Почка дольчатая, мало увеличена.

Микроскоп. изслѣдованіе — hypernephroma.

Послѣ операціи крови въ мочѣ не было.

Больной продолжалъ худѣть и слабѣть. Появились поносы. Количество мочи достаточное (1000), немного бѣлка, отдѣльные зернистые цилиндры. 26/x—exitus. *Вскрытіе*: Metastases neoplasm. renis dextr. in gl. lymphati, in corp. vertebr. spinalis, in gl. supraren. sin et in hepate. Nephritis parenchymatosa sin. Degeneratio myxomat. epicardii et atrophia fusca myocardii.

2. М. П., домаш. хозяйство, 55 л. (7/ix—16/x 1909 г. № 632). Мать, братъ и сестра умерли отъ Тбс. Съ января 1909 г. стала худѣть и слабѣть. Въ августѣ замѣтила опухоль. Боли не было.

St. praes.: Животъ вздутъ. Печень увеличена. Плотная, бугристая неболѣзненная опухоль на мѣстѣ пр. почки. Подвижная. Въ мочѣ крови нѣтъ, эпителий почечныхъ лоханокъ, мало бѣлка, цилиндровъ нѣтъ, много b. colli comm. Въ испражн.—кровь.

Рѣзкое истощеніе. Нв. 36%.

28/ix общ. нарк. Случай оказался неоперабильн.: опухоль пр. почки, метастазы въ печени, въ лимф. жел.

Больная ушла въ очень плохомъ состояніи.

Микрос. изслѣд. кусочковъ—hypernephroma.

3. С. С., купецъ, 61 г. (6/iii—14/iv 1910 г. № 38), 1 м. т. н.—боли въ поясницѣ. 2 нед.—замѣнилъ опухоль въ пр. полов. живота.

St. praes.: Истощенный. На мѣстѣ пр. почки—мягкая, безболѣзненная, флюктуирующая, неподвижная опухоль. Жел. пр. паха увеличены. Пр. мочеточникъ мочи не выдѣляетъ.

9/iii мѣст. анест. Разрѣзъ опухоли на мѣстѣ наибольшаго выпячиванія. Выпущено 3 стак. прозрачной коллоидной жидк. Удалить кисту оказалось невозможнымъ.

Вскорѣ въ выдѣленіяхъ изъ раны появился сначала гной, а потомъ и каловыя массы. Больной быстро слабѣлъ и 14/iv—exitus.

*Вскрытіе*: Lithiasis ren. dextr. Pyonephrosis et peri-paranephritis purul. Peri-paratyphlitis phlegmonosa et perforatio consecutiva intestini caeci. Carcinoma pelvis renal. dextri. Hypertrophia vicaris renis sin. Urethritis chr. dextr. Cystilis. Obliteratio pleurarum partialis. Cavernae apicum et tuberculeosis miliaris disseminata utriusque pulmonis. Catarrhus atrophicans ventriculi.

в. *Tuberculosis renum*—4 сл. (2 м. и 2 ж.), въ возрастѣ отъ 17—35 л. Только въ 1 сл. (№ 476 г. 1910) были обнаружены Коховскія палочки въ мочѣ. Въ этомъ же случаѣ отмѣчено наследственное предрасположеніе, во всѣхъ другихъ—нѣтъ. 2 раза была поражена правая и 2 раза лѣвая почка. Въ 2-хъ случаяхъ (№№ 253 и 465 г. 1910) были вторичныя туберкулезныя язвы въ пузырь, въ послѣднемъ изъ нихъ послѣ удаленія почки язвы въ пузырь быстро зарубцевались.

Въ 3 случаяхъ были поражены и верхушки легкихъ, при чемъ въ 1 изъ нихъ (№ 253) такъ рѣзко, что операція на почкѣ была проти-

вопоказана. Всѣ эти случаи давали клиническую картину туберкулеза почекъ. Во всѣхъ реакція Pirquet—положительная. Calmett—не производилась. Въ 2 случ. (465 и 564 г. 1910) была сдѣлана подъ общ. нарк. nephrectomia. Въ 1 сл. (№ 476) больная отказалась отъ операции.

г. *Ren. mobilis* 5 сл. (2 м. 3 ж.).

Въ 2 случаяхъ діагнозъ подвиж. почки былъ поставленъ только съ извѣстн. приближенностью, такъ какъ въ одномъ (№ 869 г. 1909) цѣлый рядъ нервныхъ явленій (paralysis progressiva) затруднялъ правильный діагнозъ. Боли въ пр. почкѣ появились послѣ паденія съ 5 арш. высоты. За 10 дней пребыванія въ клиникѣ почка не прощупывалась. Внутреннимъ осмотромъ мочевого пузыря обнаружена язва съ пр. стороны.

а въ другомъ

(№ 422 г. 1910) на ряду съ подвижной, болѣзн., напоминающей почку, опухолью въ пр. половинѣ живота, имѣлись диспептические симптомы съ ничтожными слѣдами свобод. HCl при общ. кислотности въ 66. Въ этомъ случаѣ больная отъ пробной лапаротоміи отказалась.

Въ 3 другихъ случаяхъ подвижная почка ясно прощупывалась съ правой стороны. Въ возрастѣ отъ 24 до 46 л. Въ 1 случаѣ (№ 583 г. 1909) рѣзкая боль въ пр. почкѣ появилась послѣ перекидыванія снага черезъ 4-хъ аршинный заборъ, и съ тѣхъ поръ (1½ года) боль не прекращалась. Въ другомъ (№ 300 г. 1910) правая же почка смѣстилась послѣ сильного похуданія. Во всѣхъ случаяхъ больные жаловались на сильныя боли въ смѣщенной почкѣ. Только въ 1 сл. (№ 300 г. 1910) цистоскопъ показалъ значительное отставаніе въ выдѣленіи мочи съ больной стороны (пр. 40 к. с., а лѣв. 145 въ 1 часъ). Пришиваніе почки произведено только въ 1 случаѣ (№ 362 г. 1910).

Почка была выведена черезъ обычный поясничный разрѣзъ капсула вдоль разсѣчена и 3-мя кѣтгутов. швами съ каждой стор. почка подтянута и фиксирована (по Albarran'у). Выздоровленіе.

1 случай врожденной аномаліи почки (№ 167 г. 1910) Плотная опухоль въ пр. полов. живота. Функція обоихъ мочеточниковъ правильная. Постоянныя боли.

По вскрытіи брюшины съ прав. стороны позвоночника и отчасти поперекъ его—опухоль покрытая брюшиной. Опухоль оказалась здоровой дольчатой почкой. Лѣв. почка не прощупывается, заживленіе безъ осложнений.

Б. *Заболѣванія мочевого пузыря.*— 4 с. (1 м. и 3 ж.)

а. *Papilloma vesicae urinariae* 2 сл.— женщины.

І. М. Р., 61 г., (30/viii—14/ix 1909 г. № 572). Кровь въ мочѣ замѣтила въ апрѣлѣ 1909 г. До этого часто страдала катарромъ мочевого пузыря.

St. praes.: частое болѣзн. мочеиспусканіе. Мутная, съ сильн. запахомъ моча. 37,5°. Реакція щелочная, много пузырнаго эпителія. Цистоскопія—опухоль въ видѣ сосочковъ занимаетъ лѣв. полов. пузыря, слизистая оболочка—гиперемирована. Промыванія пузыря,

иногда ляписомъ и внутреннее лѣченіе улучшили состояніе больной и она по собств. желанію выписалась, хотя опухоль за время пребыванія и увеличилась.

2. Е. Ф., учительница, 54 л. (21/ix—28/xi 1909 № 799). Въ маѣ 1909 г. — кровь въ мочѣ. Съ тѣхъ поръ часто повторялись кровотечения и продолжались 3—4 дня.

St. praes.: у пр. мочеточника опухоль на ножкѣ, очень подвижная, кровоточивая, моча — нормальная. Pneumonia chron. 2/x Лумбальная анестезія. Sectio alta. Опухоль удалена вмѣстѣ съ частью мочеточника. Послѣдній шить въ пузырь.

Заживленіе безъ осложнений. Функция пр. мочеточника — нормальная.

#### б. Corpus alienum — 1 сл.

Дѣвочка, 15 л. (6/ii—24/ii 1910 г. № 173). Головная шпилька пролежала въ пузырь 1 мѣс. Частое мочеиспусканіе, болѣзненность, кровь. Моча кислая.

7/ii Общ. нарк. Sectio alta. Шовъ на пузырь. Prima intentio. Выздоровленіе.

#### в. Литотрипсія была произведена въ 1 сл.

Н. Г., переплетчикъ, 46 л. (11/v—5/vi 1910 № 531). Въ теченіе 7 лѣтъ много разъ дѣлалась литотрипсія. Въ дѣтствѣ была—sectio mediana.

St. praes.: Болѣзненный инфильтратъ на промежности. Лѣв. доля prostatae увеличена, болѣзненна, T<sup>0</sup>38,5<sup>0</sup>.

18/v мѣст. анест. Разрѣзъ на промежности. Зловонный гной.

28/v Литотрипсія.

#### В. Заболѣваніе предстательной железы — 1 сл. Prostatitis chron.

А. Т., земскій нач., 53 л. (2/ix—22/ix 1909 г. № 73). Въ февр. 1909 г. — затрудненіе мочеиспусканія. Съ тѣхъ поръ катетеризація. Съ Іюля — частое повышеніе T<sup>0</sup>, боли при мочеиспусканіи.

St. praes.: Истощеніе. T<sup>0</sup> нормальна, икота, рвота. Prostata сильно увеличена, болѣзненна, при подавливаніи — гной черезъ уретру. Катетеръ № 20 свободно проходитъ.

Несмотря на всѣ мѣропріятія больной слабѣлъ, Количество мочи все уменьшалось. 22/ix—exitus.

#### Г. Заболѣваніе яичка и его оболочекъ — 3 сл.

##### а. Retentio testiculi — 1 сл.

П. Р., мальчикъ, 11 л. (№ 789 г. 1909). Общ. нарк. Яичко въ грыжев. мѣшкѣ задержано въ паховомъ каналѣ. Операція грыжи. Яичко спущено въ мошонку. Каналъ зашить по Боброву. Prima intentio.

##### б. Epididymitis dext. tbc.— 1 сл.

М. М., студентъ, 23 л. (№ 568 г. 1909). Общ. нарк.—резекція придатка. Prima intentio.

##### в. Hydroele sinistr.— 1 сл.

А. М., техникъ, 26 л. (№ 524 г. 1910). Послѣ ушиба припухла мошонка. Нѣсколько разъ проколомъ выпускали жидкость. Мѣстная анестезія. Операція Winkelman. Выздоровленіе.

#### Д. Заболѣванія женскихъ полов. органовъ — 2 сл.

##### а. Cystoma ovarii — 1 сл.

А. К., домашн. хозяйство, 40 л. (3/x—19/x 1909 г. № 646). Въ апрѣлѣ 1908 г. началъ увеличиваться животъ. Въ октябрѣ проколомъ выпущена асцитическая жидкость. Учащеніе мочеиспусканія. Животъ настолько напряженъ, что прощупать черезъ стѣнки живота, а также и per vaginam ничего не удалось.

$\frac{8}{1x}$  и  $\frac{24}{1x}$  подь мѣстн. анестез. разрьзъ по средн. линіи для выпусканія жидкости. Первый разъ 24 литра темно-бурой жидкости, и второй разъ—9 литровъ свѣтло-желтой прозрачной жидкости. Оба яичника представляютъ плотныя бугристыя, совершенно неподвижныя опухоли: микр. преп. взятаго для изслѣдованія кусочка—*cystoma papillare*. Послѣ второго разрьза скопленіе жидкости остановилось. Отъ радикальной операціи отказалась.

б. *Fistula vesico - vaginalis et stenosis vaginae*. 1 сл.

М. Г., домаш. хозяйство, 23 л. ( $\frac{17}{xii}$ — $\frac{28}{iv}$  1910 г. № 448). Послѣ родовъ въ іюнѣ 1909 г. у больной недержаніе мочи. Значительное рубцовое суженіе влагалища. Свищъ сейчасъ же у *orf. extr. urethrae*.

Несмотря на зашиваніе свища черезъ вскрытый пузырь (*sectio alta* общ. наркозъ) и троскратное зашиваніе подь мѣст. анест. *per vaginam*, больная ушла въ прежнемъ состояніи.

#### IVa. Грыжи.

77 чел.—50 м., 19 ж., 8 дѣт.; ум. 2.

##### А. Неущемленные грыжи.

Всего неущемленныхъ грыжъ было 55, въ томъ числѣ пупочныхъ 5, грыжъ надчревья 2 и паховыхъ 48.

1. Пупочныя грыжи—5 женщ. въ возрастѣ 32—58 лѣтъ; многожавшія. Во всѣхъ случаяхъ грыжи были вправимы. Въ грыжевыхъ мѣшкахъ оказался сальникъ, сращеній не было. Въ 3-хъ случаяхъ операція подь мѣстной анестезіей и въ 2-хъ подь общимъ наркозомъ. Въ 3-хъ случаяхъ, въ виду нагноенія въ швахъ, пришлось ввести марлевые выпускники. Всѣ случаи окончились выздоровленіемъ.

2. Паховыя грыжи 48 (муж. 39, женщ. 4, дѣт. 5).

Правостороннихъ грыжъ было у 29 муж., 1 женщ. и 4 дѣтей, лѣвостороннихъ—у 10 муж., 3 женщ. и дѣт. 1. Нагноеніе въ швахъ было 8 разъ. Въ 2-хъ случаяхъ вмѣстѣ съ операціей грыжи произведена и операція спусканія яичка въ мошонку и въ 1 случаѣ—водянки яичка. (Jaboulay). Общій наркозъ примѣнялся въ 36 случаяхъ, въ 11—мѣстная анестезія и 1 случай оперировался мѣстной и общей анестезіей. Въ 32 случаяхъ операція была произведена по Bassini, въ 12—по Боброву и въ 4-хъ—по Roux.

3. Множественныя грыжи. 6 случ. (мужч. 5, дѣт. 1).

Всѣ 6 случаевъ были двустороннія паховыя грыжи. Операція была произведена въ 5 случаяхъ, т. к. одинъ больной выбылъ безъ операціи въ виду обнаруженнаго *ulcus induratum*. Наркозъ общій и на 5 больныхъ было произведено 9 операцій, при чемъ въ 7 случаяхъ зашиваніе канала было по Bassini, въ одномъ по Roux и въ одномъ по Боброву. Всѣ случаи протекли безъ осложнений.

4. Послѣоперационныя грыжи 6 (муж. 2, женщ. 3, дѣт. 1).

Въ 5 случаяхъ операція производилась послѣ прежде бывшей операціи по поводу аппендицита: въ 2-хъ случаяхъ гнойнаго *appendicitis*, когда было произведено только вскрытіе гнойника, и въ 3-хъ—послѣ

изсѣченія отростка съ послѣдовательной тампонадой, и въ 1 случаѣ послѣ операціи удаленія фибромы матки. Общій наркозъ примѣнялся въ 4 случаяхъ и въ 2 мѣстное обезболеваніе. Въ 2 случаяхъ—бывшихъ гнойниковъ,—при операціи грыжи были удалены отростки слѣпой кишки. Всѣ оперированные выздоровѣли.

5. Грыжи надчрева 2. Муж. 2.

Оба случая были произведены подъ мѣстной анестезіей. Отверстія—множественныя по обнаруженіи апоневроза зашивались кѣгуттомъ. Выздоровленіе.

В. Ущемленные грыжи 10. (Муж. 6, женщ. 4.)

Въ числѣ ущемленныхъ грыжъ 2 были пупочныя, 3 бедренныя и 5 паховыхъ, 1 изъ больныхъ съ пупочной грыжей умерла черезъ 4 часа по поступленіи въ клинику безъ операціи, другой подъ общимъ наркозомъ произведена операція съ резекціей части сальника, выздоровленіе. При ущемленныхъ грыжахъ бедреннаго канала въ 2-хъ случаяхъ операція произведена подъ мѣстной анестезіей и въ 1-мъ подъ общимъ наркозомъ. Резекціи кишекъ не было. Въ одномъ случаѣ былъ вставленъ на нѣсколько дней тампонъ. Выздоровленіе. Ущемленныхъ паховыхъ грыжъ одинъ случай, окончился смертію вслѣдствіе развитія септическихъ явленій, остальные окончились выздоровленіемъ. Наркозъ—въ 2-хъ случаяхъ, въ 3-хъ мѣстная анестезія.

Такимъ образомъ съ разными грыжами было оперировано 75 и имъ было сдѣлано 83 операціи:

радик. опер. пах. гр. . . . .	58
„ „ пуп. „ . . . .	5
„ „ надчревн. гр. . . . .	2
зашив. послѣопер. гр. . . . .	6
опер. ущемл. пуп. гр. . . . .	1
„ „ бедр. гр. . . . .	3
„ „ пахов. гр. . . . .	5
„ при retentio testis. . . . .	2
„ „ hydrocele. . . . .	1

Изъ нихъ подъ общ. наркозомъ 51, подъ мѣстн. анест. 23, и отъ мѣстной перешли къ общему—1 разъ. Въ 1 случаѣ—смертельный исходъ. 1 больная съ ущемленной грыжей умерла безъ операціи.

**IVб. Аппендицитъ.**

67 сл.: 36 м. 31 ж.

По примѣру прежнихъ лѣтъ и въ отчетномъ году большинство аппендектомій произведено въ холодномъ періодѣ (43 сл.), т. е. въ періодѣ полного затишья, когда при объективномъ изслѣдованіи кромѣ болѣзненности при давленіи въ области слѣпой кишки ника-

кихъ другихъ воспалительныхъ симптомовъ не находилось. При этомъ отмѣчено, что далеко не во всѣхъ случаяхъ болѣзненность болѣе всего ощущается въ типичной точкѣ (Mac-Burney). Что касается симптома Rowsing, то онъ наблюдался только 7 разъ, и даже въ случаяхъ съ обширными инфильтратами симптомъ этотъ не получался.

Операция обыкновенно производилась не ранѣе, какъ черезъ 5-6 недѣль послѣ послѣдняго приступа, и только въ 14 случаяхъ въ виду легкости послѣдняго обостренія не выжидался такой длительный срокъ.

Техника операции оставалась въ существенныхъ чертахъ та же, какъ и въ прошлые года: разрѣзъ по направленію мышечныхъ волоконъ съ добавочными въ случаѣ необходимости поперечными разрѣзами самихъ волоконъ внизъ и вверхъ давалъ достаточно хорошій доступъ и въ самыхъ трудныхъ случаяхъ. Разрѣзъ по краю прямой мышцы ни разу не примѣнялся. Въ 16 изъ этой серіи случаевъ были болѣе или менѣе крѣпкія и обильныя спайки между отросткомъ и сосѣдними органами, хотя при изслѣдованіи до операции не только не были обнаружены, но и не подозрѣвались. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ операция очень долго затянулась, такъ какъ пришлось раздѣлить много спаекъ; въ этомъ случаѣ былъ положенъ тампонъ, въ остальныхъ же брюшная полость зашита наглухо.

Въ послѣоперационномъ періодѣ въ большинствѣ случаевъ была *prima intentio*, въ 6-ти же заживленіе было вторичнымъ натяженіемъ: 1 разъ—*haematoma*, 1 разъ былъ при операции поставленъ тампонъ, 2 раза нагноеніе въ болѣе глубокихъ слояхъ, и 2 раза поверхностное нагноеніе въ швахъ. Въ этой группѣ случаевъ послѣоперационная *pneumonia* была 2 раза, въ обоихъ случаяхъ былъ общій эфир.-хлороф. наркозъ.

Въ 20 случаяхъ операция удаленія отростка была произведена подъ общимъ наркозомъ, въ 17—мѣстное обезболиваніе, и въ 6—отъ мѣстной анестезіи перешли къ общей.

Необходимо отмѣтить, что нерѣдко приходилось наблюдать несоотвѣтствіе между тяжестью припадковъ и тѣми измѣненіями въ области слѣпой кишки, которыя наблюдались при операции.

Въ 7 случаяхъ была ненормально подвижная слѣпая кишка и она фиксирована швомъ къ паріетальному листку брюшины.

Изъ всего числа случаевъ воспаленія червеобразнаго отростка 18 разъ прощупывался ясно до операции инфильтратъ, въ 11-ти изъ нихъ операция не была произведена, такъ какъ инфильтратъ хорошо плавился подъ вліяніемъ консервативнаго лѣченія, въ остальныхъ же 7 случаяхъ инфильтратъ оставался безъ измѣненія въ теченіе очень долгаго времени, и поэтому имъ была сдѣлана аппендектомія.

Въ одномъ изъ этихъ случаевъ (3) отростокъ въ инфильтратѣ не былъ найденъ, послѣ операции образовался каловый свищъ, для за-

крытія котораго пришлось сдѣлать цѣлый рядъ операцій. Краткая исторія болѣзни этого случая помѣщена въ концѣ отдѣла (3). Во всѣхъ этихъ случаяхъ рана наглухо не зашивалась, и заживленіе было вторичнымъ натяженіемъ; что касается продолжительности послѣоперационнаго лѣченія, то оно въ случаяхъ съ открытымъ лѣченіемъ раны не больше, чѣмъ при наглухо зашитыхъ ранахъ. Какъ въ той, такъ и въ другой категоріи случаевъ продолжительность послѣоперационнаго пребыванія въ клиникѣ была 17—20 дней и только въ 6 случаяхъ была больше 4 недѣль.

Въ 2 случаяхъ кромѣ инфильтрата при операціи были найдены гнойники (1 разъ—стрептококкъ, 1 разъ—стерильный), хотя т была нормальной и повышеннаго лейкоцитоза не наблюдалось.

Въ 5-ти случаяхъ были сдѣланы только разрѣзы передней брюшной стѣнки по поводу распознаннаго гнойнаго воспаленія червеобразнаго отростка. 1 изъ нихъ окончился летально.

Острый перитонитъ послѣ перфорации отростка наблюдался 1 разъ (7). Выздоровленіе.

1. В. Д., почетный гражданинъ, 47 л. 14/VI—11/VII 1910 г. За 6 недѣль до поступленія въ клинику появились боли въ правой половинѣ живота, рвота, высокая т°. Черезъ 2 недѣли всѣ явленія стихли, но послѣ изслѣдованія врачомъ снова бурное обостреніе. Черезъ 10 дней боль и припухлость исчезли, но послѣ клизмы снова сильныя боли и инфильтратъ въ области слѣпой кишки. Поступилъ больной съ громаднымъ инфильтратомъ, т° 39,0°, рѣзкія боли, лейкоцитозъ 22,650. Пульсъ очень слабый 110 въ минуту.

15/VI — разрѣзъ передней брюшной стѣнки (мѣстная анестезія). 2 стакана сильно пахучаго гноя съ примѣсью газовъ и кала. Тампонада.

При перевязкахъ выдѣлялось всегда много гноя и кала. Больной быстро слабѣлъ и 14/VII—схитъ. Вскрытія не было.

Гной — кишечная палочка, стафилококкъ.

2. Н. К., курсистка, 23 л. 8/IX—17/XI 1909 г. и 15/V—23/IV 1910 г. Въ іюнѣ 1909 г. сильныя боли въ животѣ и рвота, высокая т°. Была больна 7 недѣль. При поступленіи т° нормальная, небольшой инфильтратъ, сильныя боли при давленіи. Лейкоцитоза нѣтъ. Rowsing рѣзко выраженъ.

18/IX подъ общимъ наркозомъ — appendectomy. Выдѣленіе отростка крайне затруднительное. Слѣпая кишка совершенно неподвижна. Вершина отростка — въ полости выполненной грануляціями. Тампонада.

Свищевой ходъ въ теченіе всего послѣоперационнаго лѣченія не закрывался и больная ушла 17/XI съ гноящимся свищемъ.

Въ мартѣ 1910 г. изъ свищевого отверстія стали выдѣляться каловыя массы, и въ маѣ больная снова поступила съ каловымъ свищемъ.

20/V подъ общ. нарк. — операція: черезъ разрѣзъ кнутри отъ рубца вскрыта брюшина, передняя стѣнка слѣпой кишки спаялась съ паріетальной брюшиной, свищевое отверстіе въ кишкѣ у основанія удаленнаго отростка, 3-хъ этажный шовъ. Тампонада.

Заживленіе безъ осложнений.

3. А. Ч., приказчикъ, 29 л. 10/I—28/IX 1909 г. Заболѣлъ въ августѣ 1908 г. Въ октябрѣ гной и кровь въ испраженіяхъ. Ноябрь и декабрь былъ у насъ въ клиникѣ, инфильтратъ значительно уменьшился и въ концѣ декабря выписался. Съ 4-го января 1909 г. — снова лихорадка и боли, инфильтратъ опять увеличился.

21/I подъ общ. нарк. — обычный разрѣзъ для аппендектоміи, позади слѣпой кишки очень плотный инфильтратъ, въ серединѣ его полость, открывающаяся въ кишку. Контрапертура сзади и 2 тампона къ мѣсту прободенія въ кишку.



До 17/iv пришлось 2 раза расширять рану для выделенія гноя и омертвѣвшей клѣтчатки. Все время черезъ переднюю рану выдѣлялись испражненія, задняя рана зарубцевалась.

17/iv подъ общ. нарк.—расширенъ свищевой ходъ и введенъ дренажъ въ кишку.

21/iv подъ общ. нарк.—ileo sigmoido-anastomosis черезъ боковой разрѣзъ брюшныхъ стѣнокъ съ лѣвой стороны. Отводящій конецъ ilei перетянуть лигатурой. Свищевое отверстие тампонировано. Послѣ этой операціи часть испражненій выходила per vias naturales, часть же все же черезъ свищъ, хотя послѣдній и значительно сузился.

26/vii подъ общ. нарк. сдѣлана laparotomy по средней линіи. Оказалось, что прохожденіе содержимаго черезъ перевязанную часть ilei возстановилось. Сдѣлана резекція части отводящаго конца ilei.

Вскорѣ послѣ послѣдней операціи выделеніе кала черезъ свищъ прекратилось, но слизисто-гнойное выделеніе продолжалось до 23 сент., когда больной по собственному желанію выпиcался изъ клиники.

4. Е. С., дом. хозяйство. 40 л. 3/iii — 26/iii 1910 г. Въ теченіе послѣднихъ 3-хъ лѣтъ 4 тяжелыхъ приступа appendicitis, послѣдній 2 мѣс. тому назадъ, продолжался 4 недѣли, былъ инфильтратъ, высокая t°, рвота. При поступленіи только небольшая болѣзненность въ точкѣ Mac-Burney.

9/iii подъ общ. нарк.—appendectomy. Слѣпая кишка окружена сальникомъ и, чтобы добраться до соеситъ пришлось резецировать часть сальника. Appendix лежалъ позади кишки, выделеніе его было очень трудно.

Теченіе безъ осложненій и 26/iii ушла выздоровѣвшей.

8/iv снова поступила въ клинику съ сильными болями внизу живота. При изслѣдованіи внизу живота все нормально; правосторонняя пневмония. Къ 19/iv—выздоровленіе.

5. А. О., крестьянка, 32 л. 17/ii—19/iii 1910 г. 25/xii 1909 г. приступъ appendicitis. Высокая t°, большой инфильтратъ, рвота. Ненормальная t° продолжалась до 20 i 1910 г., а 17/ii еще прощупывался небольшой инфильтратъ и небольшая болѣзненность въ типичной точкѣ. Rousing отсутствовалъ.

21/ii при операціи (общ. нарк.)—сальникъ припаянъ къ слѣпой кишкѣ, appendix повернуть кзади отъ соеситъ, сильно гиперемированный и совершенно неподвижный. Выделеніе его крайне трудное и въ серединѣ его протяженія небольшой гнойникъ (стерильный). Тампонъ. Къ 12/iii нагноеніе прекратилось. Съ 7/iii у больной появились признаки душевной болѣзни и 19/iii больная переведена въ психіатрическую больницу.

6. Н. П., институтка, 15 л. 3/ix—22/x 1909 г. Въ маѣ 1908 г.—брюшной тифъ. Въ ноябрѣ того же года при нормальной температурѣ опухоль и боль въ правой половинѣ живота, въ январѣ стала поправляться. Въ маѣ 1909 г. снова сильныя боли въ правой половинѣ живота при t° 38,0°. Въ теченіе лѣта приступы боли повторялись очень часто, t° всегда поднималась. 3/ix поступила въ клинику съ t° 37,4°. Животъ вздутъ, мышцы напряжены съ обѣихъ сторонъ одинаково. При давленіи—боль въ правой половинѣ живота. Туберкулиновые реакціи—отрицательны. Легкія—здоровы.

23/ix подъ общ. нарк. appendectomy. Appendix весь въ спайкахъ (сальникъ, тонкая кишка), среди нихъ полость, заполненная грануляціями. Много увеличенныхъ железъ. Тампонада. Нагноеніе постепенно уменьшалось.

11/x—t° 39,0, инфильтратъ въ области раны и per gestum увеличился. Подъ вліяніемъ горячихъ клизмъ и припарокъ на передней брюшн. стѣнкѣ инфильтратъ быстро уменьшался, хотя t° упорно держалась повышенной до 38,0°. 22/x больная, не окончивъ лѣченія выпиcалась, и дальнѣйшихъ свѣдѣній о ней нѣтъ.

7. М. П., учен. комис. уч., 12 лѣтъ. 3/viii—16/x. 1909 г. 1/iii—сильная боль во всемъ животѣ, рвота. 3/viii послѣ безрезультатной клизмы, потрясающій ознобъ, t° 38,7°, рвота. При поступленіи весь животъ очень болѣзненъ, мышцы крайне напряжены, животъ не вздутъ, пульсъ 104 средн. наполненія. Лейкоцитозъ 15,160.

3/viii черезъ обычный для аппендектоміи разрѣзъ (общ. нарк.) вскрыта область слѣпой кишки, жидкій гной, всѣ серозныя оболочки покрыты фибринозными пленками

appendix—позади кишки, вишнево-краснаго цвѣта, у верхушки прободеніе, здѣсь небольшой гнойникъ. Appendix удаленъ, тампонада. Контрапертура—сзади. Черезъ такой же разрѣзъ съ лѣвой стороны—также жидкій гной, контрапертура сзади, тампонада. 5-й разрѣзъ брюшины—по средней линіи.

Эксудатъ въ брюшинѣ оказался стерильнымъ, гной около appendix содержалъ б. coli и др. бактерии.

На 12 день послѣ операци—двусторонній parotitis, излѣчившійся черезъ 5 дней безъ образованія гнойника. Другихъ осложненій не было.

Къ 16/х полное выздоровленіе.

Такимъ образомъ съ аппендицитомъ было оперировано 58 чел., и имъ было сдѣлано 63 операци:

Удаленіе отростка . . . . .	51
Разрѣзъ брюшн. стѣнокъ . . . . .	7
ileo-sigmoido-anastom. . . . .	1
Резекція кишки . . . . .	1
Зашив. кал. свищ. . . . .	3

Эти операци были сдѣланы подъ общ. нарк. 35 разъ, подъ мѣстн. анестез. 23 раза, и отъ мѣстной анестезіи перешли къ общ. нарк.—6 разъ, 1 случай кончился летально.

Такимъ образомъ съ заболѣваніями органовъ живота и таза было всего 230 чел., изъ нихъ 200 были оперированы, и имъ было сдѣлано 223 операци:

Вскрытіе гнойниковъ . . . . .	12
Удаленіе опухолей . . . . .	3
Вскрытіе брюшины . . . . .	7
Наложеніе желудочн. швовъ . . . . .	2
Gastr.-enterostom. retr. post . . . . .	6
Gastr.-enterostom. antec. ant . . . . .	3
Enteroanostomosis . . . . .	3
Gasthro-duodenostomia . . . . .	1
Gasthrostomia . . . . .	1
Резекція желудка . . . . .	2
Резекція кишки . . . . .	2
Пробныхъ лапоротомій . . . . .	6
Операц. геморроид. шишекъ . . . . .	11
Anus praeternaturalis . . . . .	1
Опер. Тирша . . . . .	1
Извлеч. инород. тѣла изъ rectum . . . . .	1
Cholecystectomy . . . . .	3
Cholecystotomy ideal . . . . .	1
Опер. эхинохокка печени . . . . .	1
Cholecyst.-gastrostomia . . . . .	1
Nephrectomia . . . . .	4
Пришиваніе почки . . . . .	1
Вскрытіе кисты почки . . . . .	1

Sectio alta . . . . .	3
Литотрипсія . . . . .	1
Опускание яичка . . . . .	3
Резекція придатка . . . . .	1
Опер. Winkelman. . . . .	2
Зашивание свищей . . . . .	4
Appendectomy . . . . .	51
Ileo-sigmoido—anast. . . . .	1
Зашив. кал. св. . . . .	3
Опер. разн. грыжъ . . . . .	80

Операции эти были сдѣланы 134 раза подъ эфирно-хлороф. наркозомъ, 73 раза подъ мѣстной анестезіей (novocain) и 1 разъ подъ лумбальной (tropococain.)

## V. Болѣзни конечностей.

90 сл. (54 м., 19 женщ., 17 дѣт.; ум. 1.)

Травматическихъ поврежденій 32, воспалительныхъ — 45, новообразований — 9 и врожденныхъ недостатковъ — 4.

1. Травматическія поврежденія: м. 19, ж. 7 и д. 6; 21 приходится на больныхъ съ нарушеніемъ цѣлости скелета: 3 случая перелома костей верхней конечности въ области ручной кисти и предплечья съ раздробленіемъ мягкихъ тканей, 4—переломъ бедра, 1—отрывъ sagittaginis semilunaris, 1—переломъ patellae, 10—переломъ костей голени и 2—переломъ костей стопы. Въ 13 случаяхъ переломы закрытые, въ 8—открытые съ разможеженіемъ тканей. Среднее число дней проведенныхъ больными въ клиникѣ при закрытыхъ переломахъ равнялось 47,5 дня, при открытыхъ—104,7 дня. Причина перелома костей была въ 12 случаяхъ паденіе, въ 4—попаданія подъ трамвай и въ 5—попаданіе въ различнаго рода машины.

Лѣчение переломовъ какъ осложненныхъ, такъ и простыхъ производилось по тѣмъ же методамъ, что и въ предшествующіе годы. Общій наркозъ примѣнялся въ 5 случаяхъ осложненныхъ переломовъ для удаленія осколковъ и правильнаго наложенія повязки, въ 1—для ампутаціи, въ 1—для сшиванія надколѣнной чашки и въ 1—для удаленія оторваннаго хряща въ колѣнномъ суставѣ.

Вывихъ праваго бедра 1; случай произошелъ такъ:

Больной выпрыгнулъ изъ экипажа и ударился правой конечностью. Конечность укорочена на 3 сант., слегка согнута въ тазобедренномъ суставѣ и повернута внутрь. Вывихъ вправленъ подъ наркозомъ.

Ушибовъ конечностей было 5. Больныхъ съ различнаго рода раненіями было 5, изъ нихъ 1 съ огнестрѣльнымъ раненіемъ бедра и 4 съ рѣзаными въ области плеча, бедеръ и голени. Всѣ случаи протекли благополучно.

II. Воспалительныя заболѣванія—45 случаевъ (мужч. 29, женщ. 6, дѣт. 10).

Больныхъ, съ гнойнымъ воспаленіемъ подкожной клѣтчатки было 5, изъ нихъ муж. 4, женщ. 1. Всѣ эти больные были оперированы и всѣ выздоровѣли.

По мѣсту нахожденія гнойниковъ 3 приходятся на верхнюю конечность, 1 на нижнюю и 1 гнойникъ на паховую область.

Больныхъ съ туберкулезомъ суставовъ было 14 (муж. 5, женщ. 3, дѣт. 6); 2 сл. пораженія суставовъ верхней конечности, 3 — колѣннаго сустава, 7 — тазобедреннаго сустава и 2 — стопы. Въ 3 случаяхъ: пораженіе лучезапястнаго сочлененія; колѣннаго (резекція) и тазобедреннаго (резекція сохае) примѣнялся общій наркозъ. Въ 2 случаяхъ туберкулезное пораженіе кисти и туберк. колѣннаго сустава была примѣнена венная анестезія. Оба случая окончились выздоровленіемъ, остальные случаи лѣчились консервативно.

Больныхъ, страдавшихъ хроническимъ *osteomyelitis* и *sepsis* костей было 4 (муж. 3, дѣт. 1). Троекъ больнымъ была произведена операція вскрытія свищевыхъ ходовъ, резекція пораженныхъ участковъ. Въ одномъ случаѣ, въ виду значительнаго пораженія почекъ, операція произведена не была. (*Caries sicca humeri*). Въ 6 случаяхъ было пораженіе костей на почвѣ сифилиса (2) и триппера (4). Больные были лѣчены консервативно и всѣ были съ значительнымъ улучшеніемъ.

Гангрена н. конечностей наблюдалась 8 разъ (муж. 7, женщ. 1). Въ 6 случаяхъ была произведена ампутація, изъ нихъ въ одномъ примѣнена lumбал'ная анестезія. Больной умеръ черезъ мѣсяцъ при явленіяхъ упадка сердечной дѣятельности. Въ 2 случаяхъ операція произведена не была — въ одномъ вслѣдствіе слабости больного, въ другомъ — въ виду отказа больного отъ операціи.

Больныхъ съ расширеніемъ венъ было 8 (муж. 5, женщ. 2, дѣт. 1). Въ 5 подъ общимъ наркозомъ и въ одномъ подъ мѣстной анестезіей произведено иссѣченіе расширенныхъ участковъ венъ на конечностяхъ.

III. Новообразованія. 9 случ. (муж. 4, женщ. 4, дѣт. 1).

Больныхъ съ доброкачественными опухолями было 6, съ злокачественными — 2 и 1 съ гуммозной опухолью плеча. Въ числѣ доброкачественныхъ опухолей были: *Angioma digiti*, 3 случая липомъ, 1 остеомы, 1 хондрома; въ числѣ злокачественныхъ — 2 саркомы голени. Въ 5 случаяхъ примѣнялся общій наркозъ, въ 3 случаяхъ мѣстное обезболиваніе. Всѣ случаи окончились выздоровленіемъ.

IV. Врожденные и приобрѣтенные недостатки. 4 сл. (муж. 2, женщ. 1, дѣт. 1).

Изъ 4 случаевъ 1 приходится на врожденный недостатокъ и 3 на приобрѣтенные. Во всѣхъ 4 случаяхъ была примѣнена операція подъ общимъ наркозомъ. Всѣ больные выздоровѣли.

1. *Pes equino vagus* у дѣвочки 14 лѣтъ:

На 9-мъ году послѣ остраго инфекціоннаго заболѣванія правый голеностопный суставъ принялъ неправильную форму. Въ виду того, что положеніе конечности все ухудшалось, больная рѣшилась на операцію.

Къ числу прибрѣтенныхъ недостатковъ относятся 2, образовавшихся послѣ перелома бедра. Къ числу врожденныхъ недостатковъ относится случай „Morbus Little“ у женщ. 24 лѣтъ.

На 2 году жизни у больной, какъ только она начала ходить, замѣтили искривленіе правой стопы. На 7-мъ году была произведена операція исправленія стопы. Вскорѣ стало измѣняться колѣно. Операція: Перерѣзано сухожиліе *m. gracilis* и *semitendinosi*; удлинненіе сухожилія *m. —logum semimembranosi* и *adductoris longi*; нижнія прикрѣпленія *adduct. mag.* пересѣчены. Удлинены сух. *mm. bicipitis*, часть сух. съ мышеч. брюшкомъ взята для подкрѣпленія *m. recti femor.*, при чемъ *m. biceps* подведенъ подъ *fascia lata*, между волокнами *m. vasti interni*. Часть *fasciae latae* подшита къ сухожилію *quadriceps*. Сухожиліе *quadrice.* укорочено путемъ образованія поперечной складки. Наконецъ пересѣчены сухожилія и мышечныя волокна, напрягавшіяся при ротации. Крахмальная повязка. При выпискѣ отмѣчается: При ходьбѣ колѣни не соприкасаются, дѣлаетъ довольно свободно движенія сгибательныя, разгибательныя.

Всего по поводу болѣзней конечностей оперировано было 47 больныхъ, которымъ было произведено 54 операціи.

Сшиванія нерва и сухожилій . . . . .	3
Кровавое вправленіе вывиха . . . . .	1
Вылуценіе пальцевъ . . . . .	1
Вылуценіе голени. . . . .	1
Резекція костей. . . . .	7
Ампутація пальцевъ. . . . .	1
Ампутація предплечья. . . . .	3
Ампутація бедра . . . . .	2
Ампутація голени. . . . .	6
Вскрытіе суставовъ. . . . .	2
Насильственное растяженіе . . . . .	1
Сшиваніе надколѣн. чашки и костей . . . . .	3
Извлеченіе инородныхъ тѣлъ . . . . .	1
Вскрытіе и выскабливаніе свищевыхъ ходовъ. . . . .	3
Операціи на венахъ. . . . .	8
Вскрытіе флегмонъ . . . . .	5
Удаленіе доброкач. опухолей . . . . .	1
Удаленіе злокач. опухолей . . . . .	1

Общій наркозъ примѣнялся въ 39 случаяхъ, мѣстная анестезія въ 12 случаяхъ, венная анестезія—въ 2 и въ 1 случаѣ спинно-мозговая.

Безъ операціи вышло 42 человекъ, умеръ 1.

## АНДРОЛОГИЧЕСКАЯ КЛИНИКА.

За отчетное время стационарных больных в клинику было 223. Подбор их обуславливался, как и в прежние годы, целями преподавания. Клиника посещалась студентами IX и X семестров, которые здесь слушали лекции по Андрологии, кураторствовали у постели больных, занимались в амбулатории, лаборатории, вели практические упражнения под руководством заведующих клиникой, ассистентов и ординаторов.

Из этого числа больных двое были с врожденным недостатком полового члена, т. наз. *фимозом*. В обоих случаях под местной анестезией сделано было *circumcisio*; заживление наступило *per primam intentionem*, в клинику больные были только по 12 дней.

Случай неполного фимоза у юного больного, благодаря онанизму, перешел в довольно тяжелую форму парафимоза. Несчастье случилось еще за 8 дней до поступления больного в клинику; за это время усилило омертвение и превратилось в глубокую язву ущемляющее кожное кольцо и едва не гангренизировалась головка *penis'a*. Остатки ущемляющего кольца были разсечены, язва очищена и надлежащим образом перевязана, отеки части покровов члена, благодаря напечкам, скоро опали и через 10 дней юноша оставил клинику в очень хорошем состоянии для дальнейшего амбулаторного лечения.

У одного больного Г. Д., 31 г., наблюдался случай *Elephantiasis penis et scroti*. В анамнезе отмечены *lues* и многократная гонорея. Настоящее заболевание началось 2½ г. назад. При поступлении в клинику длина *penis'a* была 20 сант., окружность 22 сант. Длинная, отечная, плотная крайняя плоть (*praeputium*) в виде слоновьего хобота загибалась снизу вверх. Кожа мошонки сильно гипертрофична; окружность *scroti*—37 сант. Яички нормальны, *sacroga cavernosa penis* тоже не изменены. При операции проф. А. В. Мартынов удалил все пораженные части кожи *penis'a* и мошонки. На последней боковые края раны соединены швом по средней линии, а на *penis'e* нормальный внутренний листок *praeputii* притянут кзади и соединен швами с краем кожи у корня *penis*; заживление *per primam*.

### Болезни уретры.

В одном случае наблюдалось *вытдрение* пузырных камней *in partem pendulam* уретры; камни, числом 3, удалены были наружной уретротомией. Выздоровление через 45 дней.

Съ *острой гонорреей* принято было 7 больныхъ, изъ которыхъ только у одного въ наличности не было никакихъ осложненийъ, а изъ остальныхъ шести — у двухъ было острое воспаленіе одного придатка, у одного — острый простатитъ, у одного кромѣ простатита еще и двусторонній эпидидимитъ; у обоихъ послѣднихъ, кромѣ того, оставалось еще наслѣдство отъ раньше перенесенной гонорреи — суженіе уретры; одинъ больной имѣлъ парауретральный абсцессъ. Изъ этого рода больныхъ одинъ, 67 л. старецъ, страдавшій давно уже гипертрофіей железы и нерѣдкими припадками задержанія мочи, переносилъ гонорройное заболѣваніе довольно тяжело, т. к. усилились припадки простатизма и зараженіе быстро проникло въ пузырь.

Лѣченіе острой гонорреи состояло, какъ и въ предшествующій годъ, въ промываніяхъ уретры по Janet'у, для чего употреблялись растворы *kali hypermanganici*—1:3000 или *hydr. oxysuccinati*—1:6000, инстилляціяхъ въ уретру  $\frac{1}{2}\%$  —  $1\%$  раств. протаргола, аргирола и др., въ назначеніяхъ внутрь капель (45—70 въ сутки) санталоваго масла, 8—10 капслюль ареола и пр.

Изъ другихъ заболѣваній, явившихся послѣдствіемъ перелоя уретры, въ 1 случаѣ наблюдался распространенный *періуретритъ*, въ другомъ — *свищъ висячей части уретры*, явившійся результатомъ вскрывшагося обширнаго парауретрального абсцесса, а послѣдній, въ свою очередь, былъ результатомъ *разрыва уретры* отъ грубой (ударъ кулакомъ на столѣ) попытки къ выпрямленію гонорройной *хорды*. Здѣсь же получилось еще и сильное суженіе канала, потребовавшее сначала попытокъ расширенія бужами Roser'a, а потомъ — внутренней уретротоміи. Послѣ двухмѣсячнаго пребыванія въ клиникѣ свищъ зарубцевался, уретра была расширена до № 56 и все окончилось выздоровленіемъ.

Въ одномъ случаѣ наблюдался *cavernitis acuta gonorrhoeica*, осложнявшійся давнишнимъ суженіемъ канала. Кавернитъ лѣчился согревающими компрессами и внутренними приѣмами антигонорройныхъ средствъ, а суженіе — расширеніемъ бужами Бенике.

Въ 2 случаяхъ были *уретрально-промежностные свищи*, изъ которыхъ въ одномъ — для полнаго заживленія потребовалась пятикратная операція и пребываніе въ постели  $2\frac{1}{2}$  мѣсяца, а въ другомъ — заживленіе было достигнуто послѣ первой операціи, но и въ этомъ случаѣ больной провелъ въ клиникѣ 2 мѣсяца. Въ обоихъ случаяхъ заживленіе шло на катетерѣ, оставленномъ à demeure.

У одного больного, повидимому вслѣдствіе фурункула, развилась *флегмона лѣваго пахово-мошоночнаго сгиба*. Гной содержалъ огромное количество стафилококковъ. Больной быстро оправился и черезъ нѣсколько дней выписался изъ клиники для амбулаторнаго лѣченія.

Съ *суженіемъ мочеиспускательнаго канала* больныхъ было принято 29, изъ нихъ рабочаго класса 12, остальные — интеллигенты. По возрасту они распредѣлялись слѣдующимъ образомъ:

Отъ 20—30 лѣтъ . . . . .	2
„ 30—40 „ . . . . .	12
„ 40—50 „ . . . . .	8
свыше 50 лѣтъ . . . . .	7

Въ одномъ случаѣ у 24 л. чернорабочаго *причиной стриктуры была травма*. Перелойныхъ и иныхъ венерическихъ заболѣваній въ анамнезѣ нѣтъ. Пять лѣтъ назадъ больной получилъ сильный ударъ въ правую тазобедренную область, будучи прижатъ буферомъ вагона (тазъ сдавленъ былъ съ боковъ), непосредственно послѣ этого появилось кровотеченіе изъ уретры, продолжавшееся два дня. Затѣмъ постепенно стала истончаться мочева струя, появились учащенные позывы на мочу, сопровождавшіеся болью въ началѣ и подъ конецъ акта мочеиспусканія. При поступленіи въ клинику неоднократныя попытки провести черезъ суженную часть уретры (мембранозную) какой-нибудь инструментъ оканчивались неудачей. Пузырь растянуть до пупка. Моча выходитъ постоянно по каплямъ, днемъ и ночью, а при натуживаніи—тоненькой, въ нить, струйкой. Сдѣлана была *sectio alta* и ретрограднымъ путемъ проведенъ въ уретру катетеръ № 11. Спустя 2 недѣли сдѣлана была *Urethrotomia interna*. Еще до первой операціи замѣчено было у больного выдѣленіе части мочи *per rectum*. Ректоскопія показала наличность узкаго уретро-ректальнаго свища на передней стѣнкѣ кишки, на уровнѣ нижней части простаты. Несмотря на то, что уретра постепенно была расширена до № 58 Бенике, и больной мочился 6—7 разъ въ сутки совершенно свободно, часть мочи все-таки выходила *per rectum*, откуда раза 4 въ день и удалялась больнымъ при дефекаціи. Со свищемъ больной выписался изъ клиники и по сіе время чувствуетъ себя вполне хорошо. Вся моча идетъ *per rectum*.

Въ другомъ случаѣ т. наз. *непроходимой стриктуры* (перелойнаго происхожденія) пришлось сдѣлать наружную уретротомію (*urethrotomiam externam*). Получалось гладкое выздоровленіе. Въ 4 другихъ случаяхъ такой же стриктуры сдѣлана была *urethrotomia interna*, тоже съ отличнымъ результатомъ. Остальные случаи лѣчились систематическимъ расширеніемъ бужами, катетерами оставляемыми à demeure, дилататорами, бужами Roser'a (въ 1 сеансъ). Стриктура находилась:

въ <i>pars pendulans</i> . . . . .	въ 11 сл.
„ „ <i>bulbosa</i> . . . . .	6 „
„ „ <i>membranosa</i> . . . . .	8 „
„ „ <i>membrano-prostatica</i> . . . . .	3 „
На всемъ протяженіи передней уретры. „	1 „

Изъ сопутствующихъ стриктурамъ страданій у 2 больныхъ отмѣчена гипертрофія простаты, у 1—піелонефритъ, у 3—цистопіэлитъ; въ 1 случаѣ камень мочевого пузыря, въ 1—застрявшій камень *in parte*



prostatica uretrae (застриктурной части канала), во многихъ случаяхъ въ наличности былъ хроническій простатитъ.

Въ одномъ случаѣ больной, 38 л., привезенъ былъ въ клинику съ острымъ задержаніемъ мочи вслѣдствіе крайне узкой (№ 1—2) стриктуры и съ бурными явленіями *уреміи*. Несмотря на экстренно произведенную внутреннюю уретротомію и всѣ принятыя мѣры, черезъ 20 часовъ по поступленіи въ клинику больной скончался при явленіяхъ уреміи.

Въ другомъ случаѣ происшедшіе *мочевые затеки* изъ застриктурной части произвели обширную *флегмону* на промежности и ягодицахъ, въ 3-мъ случаѣ затеки повели къ флегмонозному воспаленію клѣтчатки вокругъ прямой кишки (*paraproctitis*), гнойъ проложилъ себѣ путь черезъ кожу на краю anus. Въ обоихъ случаяхъ въ гною найдены были стрептококки. Больные выздоровѣли.

Въ 4 случаѣ стриктура осложнялась наличностью пузырнаго камня и нѣлитомъ. При поступленіи въ клинику у больного оказался обширный мочевой затекъ на промежности, большая болѣзненная простата, высокая температура тѣла, сухой обложенный языкъ, вздутый, болѣзненный животъ, икота, тошнота, рвота зелеными тягучими массами, затемненное сознание. Мочевой затекъ былъ вскрытъ. Черезъ нѣсколько дней, когда рана очистилась, можно было констатировать гангреноценцію значительной части уретры. Моча шла въ повязку черезъ свищъ. Поставленъ катетеръ à demeure. Упадокъ сердечной дѣятельности, неуклонно прогрессировалъ и, несмотря на всѣ принимавшіяся мѣры (коффеинъ, камфора, подкожныя вливанія фізіологическаго раствора поваренной соли и пр.), больной скончался.

*Aymoncia*. Stictura partis membranaceae urethrae. Fistula urethrae in eodem loco. Periurethritis purulenta circumscripta. Calculus vesicae urin. (in diverticulo). Prostatitis chronica. Calculi veri prostatae. Cystitis chronica. Abscessus circumscriptus renis sin. Hepar moschatum. Hyperplasia lienis levis. Degeneratio parenchymatosa myocardii. Dilatatio aortae descendentis. Endocarditis chron. atheromatosa. Emphysema et oedema pulmonum permagna. Synechiae apicis pulmonum.

Изъ мѣстныхъ проявленій *общей гонококковой инфекціи*, въ клиникѣ наблюдалось за отчетное время довольно много *артросиновитовъ*.

Количество стаціонарныхъ больныхъ съ такими артросиновитами за два отчетныхъ года значительно превышаетъ количество таковыхъ же больныхъ за два предыдущихъ года: 12—противъ 4. Объясненіе этому находится не въ болѣе частомъ заболѣваніи въ эти года артритами, а въ томъ, что таковыхъ больныхъ клали въ клинику охотнѣе, чѣмъ прежде, т. к. испытывали на нихъ дѣйствіе антигонококковой сыворотки и гонококковой вакцины.

Изъ 12-ти больныхъ—6 было подвергнуто лѣченію сывороткой, трое вакциной. Остальные трое были лѣчены обычнымъ въ клиникѣ методомъ: больнымъ давали внутрь санталовое масло, пораженные суста-

вы смазывались іодной настойкой, затѣмъ на нихъ накладывали согрѣвающие компрессы, но большей части—спиртовые, черезъ день больные суставы погружали въ горячія мыльно-скипидарныя ванны (по Balzer'у). Больные, лѣченные сывороткой и вакциной, также получали внутрь санталовое масло и подвергались мѣстному лѣченію. Особеннаго улучшения и вліянія на теченіе болѣзни сыворотка не оказывала, а въ одномъ случаѣ во время лѣченія ею развились даже явленія эндокардита.—Что касается до вакцины, то въ нѣкоторыхъ случаяхъ она дала поразительные результаты—въ смыслѣ уменьшенія болей и возстановленія возможности активныхъ движеній. Подробности относительно техники впрыскиваній, частоты ихъ и т. п. см. выше, въ статьѣ ассистента андрологической клиники Р. М. Фронштейна, помѣщенной въ этомъ же выпускѣ „Ежегодника“.

Изъ упомянутыхъ 12 больныхъ—у 9 мы имѣли дѣло съ острымъ заболѣваніемъ суставовъ, у 2-хъ съ подострымъ; у 1-го съ хроническимъ. Въ 2-хъ случаяхъ былъ пораженъ лишь одинъ суставъ, въ 10—одновременно нѣсколько сочлененій. Колѣнный суставъ страдалъ 5 разъ, тазобедренный и плечевой—по 1 разу, воспаленіе Ахиллова сухожилія и запяточной сумки 3 раза, голеностопный—3 раза, мелкіе суставы рукъ и ногъ 8 разъ. Въ 6-ти случаяхъ артросиновитомъ осложнился первый перелой, въ 4-хъ—третій; второй перелой и четвертый осложнялись въ 2-хъ случаяхъ.

Ближайшимъ толчкомъ къ развитію заболѣванія суставовъ послужили въ 6 случаяхъ слишкомъ раннія и энергичныя спринцеванія, въ 4-хъ—невоздержанность больныхъ, имѣвшихъ сношеніе или пившихъ спиртные напитки во время перелоя, и въ 2-хъ случаяхъ причины распространенія болѣзни на суставы установить не удалось.

Всѣ больные, кромѣ одного, ушедшаго съ эндокардитомъ и повышенной  $t^0$ , выписались съ значительнымъ облегченіемъ.

### Болѣзни органовъ мошонки.

Заболѣваній органовъ мошонки наблюдалось 53 случая, изъ которыхъ 16 пришлось на воспалительные процессы въ придаткѣ и сѣменномъ канатикѣ.

Изъ 16-ти случаевъ *воспаленія придатка* было 12 острыхъ и 4 хроническихъ, 3 двустороннихъ, 9 правостороннихъ и 4 лѣвостороннихъ. По возрасту больные распредѣлялись такъ: 13-ти лѣтъ—1; отъ 19 до 30-ти лѣтъ—12; и отъ 50 до 67—трое. Что касается до этиологическаго момента, то въ 7 случаяхъ это была гоноррея, плохо или слишкомъ энергично лѣченная, въ трехъ случаяхъ травма, въ одномъ случаѣ этиологія осталась невыясненной и въ одномъ случаѣ нагноилась лигатура—наложенная на канатикъ 5 лѣтъ назадъ.

Изъ 4 случаевъ *хроническаго воспаленія придатка*, 3 были туберкулезнаго происхожденія и 1 гонорройнаго. Изъ туберкулезныхъ слу-

чаевъ въ двухъ были свищи, сдѣлано удаленіе придатковъ вмѣстѣ со свищевыми ходами и больными участками тканей мошонки; въ третьемъ случаѣ, гдѣ процессъ успѣлъ уже распространиться и на самое яичко,—произведена была кастрація.

Въ одномъ случаѣ больной, помѣщикъ Х., 28 л., женатый 2½ г., съ двустороннимъ хроническимъ гонорройнымъ эпидидимитомъ обратился въ клинику съ жалобой на *Azoospermia* и съ просьбою возстановить *potentiam generandi*. Перелой, осложнившійся острымъ двустороннимъ эпидидимитомъ, Х.—въ перенесъ 4 года назадъ. Оба придатка увеличены, безболѣзненны, плотны. Выносящіе протоки измѣнены мало, все-таки какъ будто уплотнены. Въ клиникѣ эйякулятъ два раза былъ тщательно изслѣдованъ на присутствіе сперматозоидовъ и оба раза таковыхъ не было найдено. Правый *vas deferens* былъ отсепарованъ и перерѣзанъ, повидимому, въ здоровой его части на разстояніи 5 сант. отъ головки придатка; расщепленный периферическій конецъ его вшитъ въ существо вскрытаго яичка. Заживленіе *per primam intentionem*. Положительныхъ результатовъ эта операція, однако, не дала, что ясно было видно изъ присланнаго больнымъ по прошествіи многихъ мѣсяцевъ послѣ операціи новаго анализа его эйякулята. Кромѣ этого случая андрологическая клиника имѣла раньше подобный же случай съ тѣмъ же отрицательнымъ результатомъ отъ операціи, гдѣ расщепленный и вывороченный периферическій конецъ *vasis deferentis* былъ вшитъ въ глубоко расщепленный придатокъ.

*Заболѣваніе яичекъ* наблюдалось въ 9 случаяхъ, изъ которыхъ въ 2-хъ оно было *сифилитическое*.

В. Д., 33 л. учитель. Lues 10 лѣтъ назадъ. Лѣвосторонняя опухоль яичка, твердая, безболѣзненная. Размѣръ опухоли: 32 сант. периметръ продольный и 17 сант.—поперечный. Лимфатическія железы шеи, локтевыя и паховыя—увеличены, плотны.

Крестянинъ 53 л. 1½ года сталъ замѣчать у себя увеличеніе обоихъ яичекъ; боли не ощущалъ. Оба яичка плотны, не болѣзнены. Размѣръ праваго = 24 × 18 сант., размѣры лѣваго = 23 × 17. RW ясно положительна.

Лѣченіе въ обоихъ случаяхъ препаратомъ „606“: въ первомъ случаѣ 2 вливанія въ вену по 0,3, а во второмъ—4 раза въ той же дозѣ и послѣдующее лѣченіе JK. Результаты: опухоли у обоихъ больныхъ уменьшились вдвое.

*Заболѣваній яичекъ туберкулезнымъ процессомъ* наблюдалось 3. Случай правосторонняго заболѣванія—1, лѣвосторонняго—1 и двусторонняго—1. Возрастъ больныхъ отъ 20 до 38 л.

В. З. 20 л. австрійскій поданный. Болѣетъ правое яичко. Имѣются 4 свища съ выбухающими грануляціями на кожѣ мошонки, покрасѣвшей и инфильтрированной на значительномъ пространствѣ. По ходу *vasis deferentis* прощупывается рядъ четковидныхъ, плотныхъ узелковъ. Реакція Pirquet'a рѣзко положительная. Кастрація

съ удаленіемъ значительной площади пораженной кожи мошонки. Заживленіе *per secundam*. Выписался съ незначительнымъ свищемъ. Въ дальнѣйшемъ, какъ намъ стало извѣстно, процессъ развився въ другомъ яичкѣ, въ лѣвой почкѣ и сѣтчаткѣ глаза.

Два другихъ случая ничего особеннаго не представляли, въ одномъ изъ нихъ удалено было яичко вмѣстѣ съ свищевыми ходами, въ другомъ случаѣ удалено одно яичко, а у другого яичка былъ удаленъ только придатокъ. Быстрое заживленіе. Дальнѣйшая судьба больныхъ осталась неизвѣстной.

*Острое гонорройное заболѣваніе придатковъ* наблюдалось въ 12 случаяхъ, изъ которыхъ въ одномъ получилось осложненіе серознокровянистымъ выпотомъ въ полость влагалищной оболочки, а въ 3-хъ другихъ произошло образованіе абсцессовъ.

Хирургическое вмѣшательство потребовалось именно въ этихъ 4-хъ случаяхъ: въ первомъ—разрѣшеніе воспалительнаго процесса быстро послѣдовало послѣ прокола и аспираторнаго выведенія части выпота въ количествѣ 20 кб. сант., а въ 3-хъ остальныхъ—болѣзненные явленія стихли послѣ вскрытія абсцессовъ въ мѣстахъ флюктуации, удаленія гноя и дальнѣйшаго обычнаго лѣченія открытыхъ ранъ. Во всѣхъ 4-хъ случаяхъ—выздоровленіе.

Въ 8 неосложненныхъ случаяхъ эпидидимита наблюдалось полное разрѣшеніе процесса отъ мѣстнаго примѣненія льда и послѣдующаго примѣненія—согрѣвающихъ компрессовъ изъ свинцовой примочки, назначенія внутрь санталоваго масла по 20 капель 3 раза въ день.

*Злокачественныхъ новообразованій* яичекъ наблюдалось 3 случая, изъ которыхъ въ 2-хъ—опухоль была въ правой половинѣ мошонки, и въ 1 случаѣ—въ лѣвой. Возрастъ больныхъ 34, 49 и 58 лѣтъ. У всѣхъ въ анамнезѣ имѣлась травма яичка, пораженнаго теперь опухолью, у одного изъ больныхъ имѣлись метастазы въ легкихъ и печени. Во всѣхъ 3 случаяхъ при гистологическомъ изслѣдованіи опухоль оказалась *саркомой*. Оперативное вмѣшательство (*castratio*) произведено въ 2 случаяхъ; заживленіе въ обоихъ случаяхъ *per primam intentionem*.

*Случай задержанія яичка въ лѣвомъ паху (Retentio testis)*. Больной В. К., 28 л., крестьянинъ. Жалуется на болѣзненную опухоль въ лѣвомъ паху, существующую отъ рожденія. При изслѣдованіи яичка въ лѣвой половинѣ мошонки не оказалось; осторожной пальпацией удалось опредѣлить въ паховомъ каналѣ небольшое, апластичное яичко. На кожѣ въ области его нахожденія имѣется пигментированный рубецъ,—слѣдъ уже раньше въ этомъ мѣстѣ производившейся операціи, недавней удовлетворительныхъ результатовъ. Операція въ клиникѣ состояла въ освобожденіи яичка отъ сращеній, проведеніи черезъ раскрытое паховое кольцо въ мошонку и укрѣпленіи его на мѣстѣ. Заживленіе *per primam intentionem*. Результатъ получился удовлетворительный.

*Varicocele* наблюдалось въ 5 случаяхъ: у 4 больныхъ лѣвостороннее у одного — двухстороннее. Въ анамнезѣ у 3-хъ отмѣчена мастурбація (въ возрастѣ отъ 10 до 18 лѣтъ), у двухъ — травма. Трѣмъ больнымъ сдѣлано удаленіе варикозныхъ венъ подѣ общимъ хлороформенно-эфирнымъ наркозомъ; заживленіе у одного *per primam*, у двухъ другихъ *per secundam*, вслѣдствіе послѣоперационныхъ осложнений, развившихся въ одномъ случаѣ въ скопленіи незначительнаго количества гноя въ нижнемъ углу раны, а въ другомъ — въ образованіи небольшой гематомы, вслѣдствіе чего швы пришлось снять на 3-й день. Двумъ другимъ больнымъ сдѣлали операцію подѣ мѣстной анестезіей; у одного изъ нихъ заживленіе *per primam*, у другого *per secundam*, вслѣдствіе нагноенія.

*Hydrocele* было 21 случай, въ 15 изъ нихъ оно было правостороннее, въ 6 — лѣвостороннее. Въ анамнезѣ въ 6 случаяхъ отмѣчена травма, въ 5 — перелойный уретритъ съ послѣдующимъ воспаленіемъ придатка, въ 1 случаѣ — долгое не спусканіе въ мошонку яичка на больной сторонѣ, въ остальныхъ 9 случаяхъ этиологія *hydrocele* осталась невыясненной. 11 больнымъ произведена операція по способу Jaboulay — Winkelmann'a подѣ общимъ хлороформенно-эфирнымъ наркозомъ. Изъ нихъ у 8 получилась *prima intentio*, у 3 заживленіе шло *per secundam* вслѣдствіе небольшого нагноенія въ швахъ. 8 больнымъ сдѣлана была операція подѣ мѣстной анестезіей по способу Winkelmann'a; послѣоперационное теченіе гладкое, безъ всякихъ осложнений, заживленіе *per primam*. Въ 2-хъ случаяхъ сдѣланъ былъ проколъ съ послѣдующимъ впрыскиваніемъ *t—gae jodi*, у одного произошло заживленіе полости полное, безъ осложнений; въ другомъ случаѣ больной выписался съ небольшой гранулирующей раной на мошонкѣ, образовавшейся отъ омертвенія части мошоночной клѣтчатки и кожи. Последнее произошло отъ случайнаго, неосторожнаго движенія больного въ моментъ впрыскиванія въ полость влагалищной оболочки іодной настойки. Благодаря такому неожиданному движенію канюля троакара выскользнула изъ полости и часть іодной настойки попала въ клѣтчатку мошонки.

Въ 2 случаяхъ наблюдался гнойный лѣвосторонній *періорхитъ* у двухъ старцевъ 70 и 80 л., страдавшихъ гипертрофіей простаты и задержаніемъ мочи. Въ обоихъ случаяхъ причиною болѣзни была необходимая для больныхъ катетеризація пузыря при наличности инфицированной мочи. Лечение оперативное (*incisio*), заживленіе *per granulationem*. Послѣвы гноя въ одномъ случаѣ дали стрепто-стафилококковую культуру, въ другомъ — чистую культуру *bac. coli*. Последний случай, являющійся вторымъ въ литературѣ, подробно описанъ въ № 19 Врачебной Газеты за 1910 г ассистентомъ клиники Р. М. Фрошштейнъ.

### Заболевания предстательной железы.

*Острое воспаление* простаты наблюдалось въ 5 случаяхъ, *подострое* тоже въ 5, и одинъ былъ случай пораженія *туберкулезнаго*.

Въ 4 случаяхъ остраго воспаленія основною причиною являлась гоноррея, отчасти въ подострой (1 случай), отчасти въ хронической (3 случая) формѣ, а ближайшимъ толчкомъ къ развитію болѣзни въ 1 случаѣ послужила утомительная ходьба, въ другомъ — неумѣстное самокатетеризированіе, въ 2 случаяхъ — грубое спринцеваніе уретры; у всѣхъ больныхъ уретральное отдѣляемое содержало гонококковъ. У двоихъ больныхъ, усердно спринцевавшихся, къ простатиту присоединился еще и острый эпидидимитъ. Въ 2 случаяхъ абсцессъ самопроизвольно вскрылся въ уретру, у больного же А. К. — въ 36 л. (лежалъ въ клин. съ 3/ix по 23/ix 1910 г.) еще до поступленія его въ клинику вскрылся одновременно и въ уретру, и въ rectum. Больной, однако, скоро оправился, свищевое отверстіе въ кишкѣ закрылось и ко времени выписки больного при массажѣ простаты можно было получить только капельку слизистаго гноя, уже не содержавашаго гонококковъ. Четвертому больному В. Д. — скому, 31 г. (съ 3/xii 1909 г. по 3/i 1910 г.) сдѣлана была проф. А. В. Мартыновымъ *простатотомія промежностная* (обычнымъ параректальнымъ, дугообразнымъ разрѣзомъ). Больной скоро поправился и выписался изъ клиники.

5-й сл. остраго гнойнаго простатита заслуживаетъ особаго вниманія. Больной А. К. — нъ, 27 л. принятъ въ клинику 8/ii 1910 г. съ явленіями остраго флегмонознаго простатита, пери- и парастатита, съ обширными гнойными затеками на промежности и лѣвой ягодицѣ, съ септической лихорадкой. Никакихъ венерическихъ заболеванийъ у больного никогда не было, но зато было непрерывное, можно сказать, непробудное пьянство, *abusus in Venere*, многодневные запоры, смѣнявшіеся таковыми же поносами. Всѣ затеки были тщательно вскрыты и выполнены марлей. Въ гноѣ найдены стафилококки и огромное количество *bact. coli*. Выписался К. — нъ съ небольшой ранкой на промежности и недѣли двѣ долѣчивался амбулаторно.

Въ основѣ подострыхъ (5) простатитовъ лежала тоже гоноррея, запущенная, небрежно лѣченная, особенно при неправильномъ образѣ жизни больныхъ, злоупотребленіяхъ *in Baccho et Venere*. Въ одномъ изъ этихъ случаевъ (А. — цъ 32 л.) простатитъ осложнился гонококковымъ циститомъ, въ другомъ (Н. И. — въ 40 л.) — суженіемъ уретры, въ третьемъ (Д. Т. — въ 24 л.) — фосфатурией.

*Туберкулезный простатитъ* наблюдался у 45-л. фельдшера К. О. (съ 7/xii по 16/xii 1910 г.). Съ 18-л. возраста больной очень долго (нѣсколько лѣтъ) страдалъ гонорреей, осложнившейся эпидидимитами. Пять лѣтъ назадъ появилось учащенное болѣзненное мочеиспусканіе и впервые ненадолго кровь съ послѣдними каплями мочи. За 2 недѣли до по-

ступленія въ клинику позывы на мочу стали особенно часты (болѣе 30 разъ въ сутки), крайне настойчивы и болѣзненны, а подъ конецъ мочеиспусканія уже постоянно стала появляться кровь. Цистоскопію удалось произвести при наполненіи пузыря 50 к. с. жидкости, найденъ буллезный циститъ *trigoni Lieutaudii* и многочисленные кровоподтеки, въ слизистой оболочкѣ. При изслѣдованіи *per rectum* оказалось, что лѣвая доля железы значительно больше правой, заключаетъ въ себѣ много болѣзненныхъ узелковъ и нѣсколько гнѣздъ размягченія; правая доля запала, рыхла и только въ остаткахъ ея наружнаго края прощупывались узелки. Лѣвый сѣмянной пузырекъ уплотненъ и болѣзненъ. Въ легочныхъ верхушкахъ ясные признаки туберкулезнаго страданія. Реакція Pirquet'a дала ясно положительный результатъ. Больной выписался изъ клиники для климатическаго лѣченія на югѣ Россіи.

*Hypertrophia prostatae* наблюдалась въ 9 сл., при чемъ самому младшему изъ больныхъ было 58 л., а старшему—73 г. У всѣхъ въ наличности были уже обычные припадки простатизма: лихорадка, расстройство пищеваренія, задержка мочи, циститы, цисто-пѣзлиты и т. д. У большинства въ анамнезѣ были повторныя заболѣванія гонореей, геморрой, запоры и т. д. Кромѣ того у больного Г. Д.—ва 60 л. (съ 5/ix по 12/x 1909 г.) болѣзнь протекала въ сопровожденіи туберкулеза легочныхъ верхушекъ и туберкулезнаго же пѣлонефрита съ значительнымъ содержаніемъ коховскихъ палочекъ въ мокротѣ и мочѣ. Въ анамнезѣ другого больного Н. Ш.—ва 68 л. (съ 4/iii по 12/iii 1911 г.) отмѣчены повторные припадки почечныхъ коликъ и отхожденіе съ мочей камешковъ. Большая железа мягка, сочна, малоболѣзненна. Въ мочѣ почти чистая культура *bac. coli*. Цистоскопія показала значительное увеличеніе боковыхъ и особенно средней долей, а также обычную картину хроническаго цистита.

У больного П. Л.—уа, 73 л., (съ 13/ix по 21/xi 1909 г.) найдены: большая, плотная, почти твердая железа, хроническій цисто-пѣлитъ съ щелочной мочей, атонія пузыря на  $\frac{5}{6}$  и въ немъ *камень* фосфатъ ( $3 \times 1\frac{1}{2}$  сант.). Постоянное переполненіе пузыря и непроизвольное мочеиспусканіе въ постели, по ночамъ, заставляли больного особенно часто прибѣгать къ самокатетеризаціи; получился острый правосторонній орхи-эпидидимитъ. Въ клиникѣ установили катетеръ *à demeure*, промывали пузырь растворами *Kal. hypermarg.*, *hydr. oxysulph.* и послѣ того, какъ больной оправился, ему подъ общимъ эфирно-хлороформнымъ наркозомъ сдѣлано было высокое сѣченіе пузыря и удаленъ камень (проф. А. В. Мартыновъ). Черезъ ту же рану *вылущена* была и гипертрофированная *железа*. Марлевый тампонъ и дренажъ въ пузырь; края пузырной раны въ 2 мѣстахъ подшиты къ передней брюшной стѣнкѣ. На 3 день послѣ операции удаленъ тампонъ. На 8 день установленъ черезъ уретру катетеръ *à demeure*; промываніе пузыря. Моча стала кислой реакціи, прозрачнѣе. Тѣмъ не менѣе т<sup>о</sup> тѣла

стала подниматься (37,4 — 38,0 С.), появился насморкъ, хрипота, кашель, одышка, колотье въ лѣвомъ боку, — словомъ развилась пневмонія, которая и окончилась летально. Удаленная железа вѣсила 62 грамма; подъ микроскопомъ опухоль представлялась гипертрофіей железы міоматозно-аденоидной.

Больной Л. С—въ, 69 л., (съ 16/iv по 28/iv 1910 г.), поступилъ въ клинику съ гипертрофированой, неравномерно плотной, бугристой и очень болѣзненной простатой, эмфиземою легкихъ, хроническимъ слизисто-гнойнымъ бронхитомъ, и главное—съ нѣсколькими ложными ходами въ простату и подъ нее кровотеченіемъ изъ уретры, полнымъ задержаніемъ мочи (почти 30 часовъ) и септической лихорадкой. Ложные ходы сдѣланы при попыткахъ врача, не уролога, опорожнить больному пузырь металлическимъ катетеромъ. Больной уже нѣсколько лѣтъ страдаетъ припадками простатизма. Проведень по мандрену и оставлень à demeure катетеръ № 8. Медленно и постепенно пузырь былъ опорожненъ, промытъ растворомъ *hydr. oxysuap.* Выпущенная моча мутная, зловонная, щелочная, буро-красная, кровавая. Кровь просачивалась мимо катетера и наружу и въ пузырь, окрашивая мочу. Кровотеченіе на другой день остановилось, лихорадка вскорѣ прекратилась и черезъ 10 дней больной вполне оправился. Однако, по случаю закрытія клиники, операція уже не могла быть произведена въ послѣдней, а для этого больной переведень былъ въ частную лѣчебницу, гдѣ и сдѣлана была *простатэктомія* по Frauer'у проф. А. В. Мартыновымъ. Тампонъ былъ удаленъ изъ пузыря на 4 день, на 8 день поставлень катетеръ à demeure черезъ уретру. Вскорѣ моча стала почти прозрачной, кислой реакціи, катетеръ былъ удаленъ, ранка надъ лобкомъ постепенно закрылась, больной сталъ мочиться пять разъ днемъ и разъ ночью. Въ настоящее время, спустя почти три года послѣ операціи, мы имѣемъ свѣдѣнія о больномъ, что онъ чувствуетъ себя во всѣхъ отношеніяхъ превосходно. Замѣчательно въ особенности то явленіе, что у больного возстановились и эрекція, и *libido sexualis*, исчезнувшій было лѣтъ за 6—7 до операціи.

Третій больной, Л—скій, 64 л., (съ 19/xi 1910 г. по 10/ii 1911 г.), rotator, въ молодости много разъ болѣвшій переломъ, явился съ лихорадкой, задержаніемъ мочи (1500 к. с.), недержаніемъ ея по ночамъ, цисто-пиэлитомъ и др. припадками простатизма. Железа съ небольшой апельсинъ; не бугриста, безболѣзненна, плотна; обѣ доли увеличены равномерно. Послѣ того, какъ больной въ клиникѣ оправился, ему произведена была *простатэктомія* *чрезпузырная* по Frauer'у пр.-доц. П. О. Богдановымъ подъ общимъ эфирно-хлороформнымъ наркозомъ. Тампонація не была примѣнена. Толстый дренажъ въ пузырь. На 8 день установленъ черезъ уретру катетеръ à demeure, на 10 - удаленъ дренажъ, пузырная рана скоро закрылась. Въ концѣ концовъ больной сталъ самостоятельно мочиться 3—4 раза днемъ



и 1 разъ ночью; моча хорошая. И здѣсь, какъ въ предыдущемъ случаѣ, возстановились давно утраченные *libido sexualis* и эрекции. Больной по выходѣ изъ клиники уже нѣсколько разъ пріѣзжалъ въ Москву показаться намъ. Здоровье его вполне удовлетворительно. Онъ по-прежнему, много работаетъ по сельскому хозяйству. *Coitus* совершаетъ 1—2 раза въ мѣсяцъ.

Четвертый больной, М. Г—ль, 63 л., (съ 18/II по 12/IV 1910 г.) съ гипертрофіей железы принятъ былъ въ клинику съ острымъ задержаніемъ мочи, эмфиземою легкихъ, артеріосклерозомъ, очень большимъ сердцемъ, порокомъ клапановъ послѣдняго, расширеніемъ венъ и отеками на ногахъ, пупочной грыжей, варикоцеле, геморроемъ и т. д. Уже давно страдаетъ затрудненіями при мочеиспусканіи, частыми задержками мочи, лихорадкой. Пузырь растянутъ мочей почти до пунка. Простата очень велика, особенно ея лѣвая доля, плотна, бугриста, но не болѣзненна. При цистоскопії найдена рѣзко выраженная трабекулярность пузыря и 2 довольно большихъ дивертикула; слизистая оболочка поражена хроническимъ катарромъ. Увеличена средняя доля железы. Проф. А. В. Мартыновымъ подъ мѣстной анестезіей сдѣлана была *sectio alta*; дренажъ въ пузырь. Промыванія пузыря. Спустя 18 дней послѣ первой операціи подъ общимъ эфирно-хлороформнымъ наркозомъ, рана была расширена имъ же и железа вылущена обычнымъ порядкомъ черезъ пузырь. Тампонація пузыря. Толстый дренажъ. Такимъ образомъ въ этомъ случаѣ произведена была *простатэктомія двумоментная* съ промежуткомъ въ 18 дней. На 3 день послѣ операціи удаленъ тампонъ, на 8 день черезъ уретру проведенъ катетеръ *à demeure*; на 15 день больной сталъ ходить, на 25 день удаленъ катетеръ и больной сталъ мочиться самъ по 4—5 разъ въ сутки, свободно и безболѣзненно. Скоро закрылась рана надъ лобкомъ и 12/IV Г—ль выписался изъ клиники выздоровѣвшимъ. Удаленная опухоль вѣсила 52 грамма, подъ микроскопомъ означилась гипертрофія фиброаденоматозная.

Послѣдній больной съ гипертрофіей железы З. П., 62 л., казакъ, страдаетъ съ 1906 г. періодическими задержками мочи, иногда по нѣсколько сутокъ; въ земской больницѣ ему сдѣлана была двусторонняя перерѣзка сѣменныхъ протоковъ. Операція хорошихъ результатовъ не дала. Железа осталась увеличенной раза въ 4 противъ нормы; она мягка, безболѣзненна. При мочеиспусканіи на 70—80 к. с. самопроизвольно выпускаемой мочи въ пузырьъ остается 60—70 к. с. Катетеризируется два раза и мочится самостоятельно 6—8 разъ въ сутки. Послѣ вышеназванной операціи въ лѣвомъ сѣменномъ канатикѣ осталась припухлость, которая временами побаливала; за 10 дней до поступленія въ клинику она быстро увеличилась, стала очень болѣзненна. Разрѣзомъ выпущено около 1 столовой ложки гноя, въ которомъ найденъ въ значительномъ количествѣ *staphylococcus aureus*. Быстрое заживленіе.

*Neoplasma prostaticae* наблюдалось въ 2 случаяхъ.

Больной П. Л—скій, 65 л., (съ 8/x по 12/x 1909 г.) поступилъ въ клинику съ жалобами на давнія и постепенно прогрессирующія затрудненія при мочеиспусканіи; 4 года назадъ въ первый разъ показалась кровь въ мочѣ, державшаяся 3 недѣли. Двусторонняя большая паховая грыжа. Мочится днемъ и ночью каждыя 10—15 минутъ съ жестокими болями, особенно при концѣ мочеиспусканія. Моча кровавая, щелочная, зловонная. Простата тверда, бугриста, болѣзненна и настолько велика, что верхней ея границы пальцемъ невозможно было достать, а при двойномъ изслѣдованіи (*per rectum et tegumenta abdominis*) опухоль ясно прощупывалась въ видѣ большой, бугристой, плотной массы, занимающей пузырь и значительную часть полости малаго таза. Въ куративномъ смыслѣ случай былъ безнадежный. Катетеръ à demeure здѣсь доставилъ больному значительное облегченіе.

Другой больной М. Б—въ, 69 л., (съ 14/i по 27/i 1910 г.) съ мая 1908 г. страдаетъ частымъ и болѣзненнымъ мочеиспусканіемъ; боль, особенно сильная при началѣ выхожденія мочи, распространяется изъ-подъ лобка до области почекъ. Мочится днемъ и ночью каждыя 20—30 минутъ; тѣмъ не менѣе въ пузырь задержка около 400 к. с. Цистопіэ-лить. Моча гнойная, нейтральной реакціи. Предстательная железа съ мандаринъ величиной, тверда, бугриста, очень болѣзненна. Цистоскопія показала небольшое увеличеніе средней доли, трабекулярность пузыря, хроническій циститъ. Ясно выраженная кахексія. Увеличены, уплотнены, но не болѣзненны паховыя железы. Затрудненно проглатываніе даже жидкой пищи. Катетеръ à demeure и промыванія пузыря доставили больному нѣкоторое облегченіе, съ каковымъ онъ и вышелъ изъ клиники.

### **Заболеванія мочевого пузыря.**

*Гонорройный циститъ* или, лучше сказать, *уретро-циститъ* наблюдался въ 4 случаяхъ. Пострадавшими оказались 3 студента въ возрастѣ 19—27 лѣтъ и одинъ мужчина 40 л., недостаточно внимательно относившіеся къ лѣченію своей острой (2 сл.) или подострой гонорреи. Во многомъ виновато было грубое спринцеваніе уретры. Въ 2 случаяхъ затронута была воспаленіемъ и простата (гиперемія, болѣзненность), актъ мочеиспусканія оканчивался нѣсколькими каплями крови и ощущеніями рѣзкой, жгучей боли. Частота мочеиспусканія 20—30 разъ въ сутки. При покойномъ положеніи въ постели, ежедневныхъ ваннахъ въ 30°R, очищеніи кишечника, назначеніи пріемовъ миндальной эмульсіи съ амигдалиномъ и кодеиномъ, суппозиторій съ морфіемъ, препаратовъ санталоваго масла и проч., дѣло быстро налаживалось и больные черезъ 10—15 дней лѣченія выходили изъ клиники безъ циститовъ. Гоноррею долѣживать приходилось уже амбулаторно.

У одного изъ этихъ больныхъ П. Ч—а, 27 л., (съ 3/iii по 18/iv 1910 г.)

къ уретро-циститъ присоединился гонорройный *пизлитъ* и легкій нефритъ. Начавши половую жизнь съ 18 л., больной къ 27 г. своей жизни имѣлъ уже 4 раза перелой и, кромѣ вышеназванныхъ болѣзней, имѣеть лѣвосторонній эпидидимитъ и хроническій простатитъ. Съ пизлитомъ за три года до поступленія въ клинику лежалъ нѣсколько недѣль въ городской больницѣ. Лѣчился плохо, небрежно, много пьянствовалъ. Лѣвая почка увеличена, ясно прощупывается, болѣзненна; есть боль и по тракту мочеточника. При катетеризаціи мочеточниковъ моча правой почки найдена нормальной, а моча лѣвой содержала много гноя, выщелоченные и свѣжіе эритроциты, эпителиальные и зернистые цилиндры, уд. в. 1,009,  $\frac{1}{2}\%$  бѣлка. Кромѣ того найдено огромное количество гонококковъ (въ лейкоцитахъ). Лѣчение этого случая состояло въ промываніи пузыря и почечныхъ лоханокъ растворами *K. hypermanganici*, *hydr. oxysuap.*, ляписа 1:500 и инстилляціей  $\frac{1}{2}$ —1% раствора ляписа. Примѣнялись также ванны въ 30°R и внутрь *Arheol*, *Santyl*. Болѣзненные явленія со стороны почки и пузыря стихли, моча стала прозрачной, гонококковъ въ ней не находилось.

Въ четвертомъ случаѣ у больного М. М—ва, 40 л., (съ 6/xi по 5/xii. 1910 г.) гонорройный циститъ представлялъ интересную цистоскопическую картину т. наз. *цистита буллѣзнаго*, выраженнаго чрезвычайно рѣзко: разнокалиберными пузырьками устѣяно было все дно пузыря, его выходная часть и особенно *trigonum*, гдѣ пузыри имѣли видъ гроздевидныхъ разращеній. Предстательная железа увеличена, сочна, рыхла, чувствительна, при давленіи пальцемъ подаетъ въ уретру много слизисто-гнойнаго секрета. Болѣзнь явилась результатомъ небрежно лѣченныхъ, многочисленныхъ гонорройныхъ уретритовъ. Примѣнялись массажъ и то же лѣчение, что и въ вышеозначенныхъ случаяхъ циститовъ. Выздоровленіе.

Въ 2 сл. наблюдался *циститъ язвенный бациллярный*.

Въ 1 изъ нихъ у молодого человѣка Ф. Л—на, 23 л., (съ 1/xii по 12/xii 1910 г.), не имѣвшаго никогда и никакихъ венерическихъ болѣзней, безъ всякой, повидимому, причины, если не считать привычныхъ запоровъ, за нѣсколько дней до поступленія въ клинику появилось учащенное и болѣзненное мочеиспусканіе. Въ мочѣ кровь и гной, масса *bact. coli*; ни гонококковъ, ни коховскихъ палочекъ не найдено. Пузырь могъ вмѣщать только 75 к. с. жидкости. При цистоскопії слизистая оболочка найдена въ состояніи остраго, разлитого катарра, а на правой боковой стѣнкѣ близъ выхода лежали двѣ небольшихъ язвы, вокругъ которыхъ на довольно значительномъ протяженіи слизистая темно-багроваго цвѣта; дно язвъ покрыто фибринознымъ налетомъ. Промыванія пузыря *hydr. oxysuap.* и инстилляціи ляписа быстро привели къ выздоровленію.

Въ другомъ случаѣ у больного П. Б—ва, 34 л., (съ 9/x по 12/xi 1910 г.) по профессіи ломового извозчика, начавшаго пьянствовать съ 12-лѣтняго возраста и за послѣдніе годы ежедневно выпивавшаго не

менѣе 2 бутылкоѣ водки, съ конца ноября 1909 г. появилось учащенное болѣзненное мочеиспусканіе. Венерическихъ заболѣваній не было. Ко времени поступленія въ клинику мочился до 50 разъ въ сутки. Наружные половые органы и предстательная железа нормальны. Моча вся равномерно мутна, а къ послѣднимъ ея порціямъ прибавляется еще и кровь. Мутность мочи обуславливается значительнымъ содержаніемъ эпителиальныхъ пузырныхъ клѣтокъ и лейкоцитовъ, а главнымъ образомъ огромнымъ количествомъ кишечной палочки, *bas. iugae*, диплококковъ и др. микробныхъ формъ. Гонококковъ и коховскихъ палочекъ не оказалось, Пузырь трабекулярный. На слизистой въ разныхъ мѣстахъ видны три язвы того самаго характера, что и въ случаѣ предыдущемъ. Лѣчение проводилось тоже самое, но оно приносило здѣсь только кратковременное облегченіе.

Въ 2 случаяхъ *цистопіэліта* интересна была этиологія болѣзни.

Въ 1 случаѣ у больного Е. С—ва, 34 л., (съ 26/x по 11/xii 1909 г.) въ дѣтствѣ были типичные припадки пузырно-каменной болѣзни и на 15 году съ мочою отошелъ камешекъ. На 28 и на 30 гг. перенесъ повторный острый суставной ревматизмъ, оставившій послѣ себя порокъ сердечныхъ клапановъ. Уже лѣтъ 20 мочится чаще нормального и съ болью. За послѣдніе 9 мѣсяцевъ мочится 30—40 разъ въ сутки, моча слабо-кислой реакціи, вся равномерно-мутная, даетъ въ кружкѣ гнойный осадокъ въ 1½—2 сант., въ которомъ подъ микроскопомъ видна масса лейкоцитовъ, много свѣжихъ и выщелоченныхъ эритроцитовъ, клѣтокъ эпителія пузыря и лоханокъ. Въ одномъ изъ препаратовъ найдены коховскія палочки, однако, реакція Pirquet и Calmet'a дали отрицат. результатъ. Гонококковъ не оказалось, но зато въ изобиліи было *bas. coli*. При цистоскопії—явленія хронического цистита; оба мочеточниковыхъ отверстія, особенно лѣвое, зіяютъ, но изъ праваго выходитъ моча прозрачная, а изъ лѣваго — мутная. Въ лѣвый мочеточникъ катетеръ № 8 входилъ только на 1½—2 см., дальше не продвигался, упираясь въ какое-то препятствіе. При вторичной цистоскопії въ правый мочеточникъ введенъ катетеръ № 8, въ лѣвый — № 6; послѣдній прошелъ препятствія свободно. Изъ правой лоханки моча оказалась нормальной, а изъ лѣвой — мутная, гнойная, съ примѣсью крови, бактерій и пр.; здѣсь на этотъ разъ нашли еще зернистые и гіалиновые цилиндры. Подозрѣвалось присутствіе камня въ лѣвой почкѣ, однако повторная рентгенографія обѣихъ сторонъ дала ясно отрицательный результатъ. Лѣчение состояло въ промываніи почечной лоханки и инстилляціяхъ раствора ляписа, промываніяхъ пузыря и пр. Моча ко дню выхода изъ клиники стала почти прозрачной, больной мочился 5—6 разъ въ сутки безъ боли. Цистоскопія показала, что явленія цистита исчезли, мочеточниковыя отверстія не зіяли, однако изъ лѣвой почки моча выходила не совсѣмъ чистая.

У другого больного И. Н—ва, 41 г., (съ 13/i по 25/ii 1910 г.) на 22 г. былъ перелой, на 25 — найденъ въ мочевомъ пузырьѣ камень и

только на 27—сдѣлана была литотрипсія. Уже въ то время найденъ былъ цистопіэлитъ. Съ тѣхъ же поръ моча всегда оставалась мутной. При изслѣдованіи почечной области, особенно при поколачиваніи, ощущаетъ боль съ обѣихъ сторонъ. Уретра въ бульбозной части сужена до № 18. Мочится каждые 1—1½ часа безъ боли, мочи 2,000 к. с., уд. в. 1,010, бѣлка  $\frac{1}{2}\%$ ; въ мочеv. осадкѣ очень много гноя, порядочное количество выщелоченныхъ эритроцитовъ, лоханочнаго эпителія, солевыхъ цилиндровъ, *bact. coli*. При цистоскопіи найдены: хроническій катарръ слизистой, отекъ ея на передней стѣнкѣ близъ выхода, гдѣ, кромѣ того, видно нѣсколько мелкихъ кровоподтековъ. Мочеточниковыя отверстія расширены и расположены такъ близко другъ отъ друга, что оба разомъ видны въ одномъ полѣ зрѣнія. Послѣ расширенія уретры сдѣлана катетеризація мочеточниковъ; изъ лѣвой почки за 1 часъ собрано 45 к. с., уд. в. 1,004, моча прозрачная съ единичными лейкоцитами подъ микроскопомъ; изъ правой — за то же время 48 к. с. мочи мутной, уд. в. 1,002, нейтральной реакціи съ эритроцитами, массою лейкоцитовъ, лоханочныхъ и почечныхъ клѣтокъ, съ гіалиновыми и соевыми цилиндрами, массою мелкихъ кокковъ и особенно *bact. coli*. Двусторонняя рентгенографія дала результатъ отрицательный; реакціи Pirquet и Calmet'a—то же. Пузырь и лоханка лѣчилиcь, какъ въ случаѣ предыдущемъ. Ко времени выписки больной мочился 6—7 разъ въ сутки, моча стала почти прозрачной.

Кромѣ вышеописанныхъ заболѣваній за отчетное время въ клиникѣ наблюдалось пять случаевъ *цистита туберкулезнаго* у больныхъ 19, 33, 34, 44 и 46 лѣтъ. Въ одномъ изъ нихъ циститъ сопровождался туберкулезнымъ же простатитомъ. У двухъ (19 л. и 44 л.) туберкулезъ былъ наследственный (страдали и умерли отъ чахотки матери, сестры больныхъ). Юноша въ дѣтствѣ перенесъ корь, въ 14 л. воспаление легкихъ и плевритъ; съ 12 л. началъ половую жизнь. Уже съ 3 л. мочился очень часто и долго по ночамъ мочился въ постель. На 10 г. болѣзненное и частое мочеиспусканіе вызвало подозрѣнія на камень, тѣмъ болѣе правдоподобныя, что за годъ до этого больной по временамъ ощущалъ боли въ почечной области. Однако, изслѣдованіе пузыря (подъ наркозомъ) показало отсутствіе камня. Теперь въ клиникѣ при цистоскопіи найдены разсѣянные по слизистой оболочкѣ бугорки и грануляціонныя разрашенія вокругъ зіявшихъ мочеточниковыхъ отверстій. Хотя въ обильномъ и кровянисто-гнойномъ осадкѣ Коховскихъ палочекъ и не было найдено, но реакціи Pirquet и Calmet'a дали результатъ безусловно положительный. Кромѣ того налицо были несомнѣнные признаки легочнаго туберкулеза. Инстилляціи въ пузырь іодоформной эмульсіи нѣсколько улучшили состояніе больного.

У трехъ больныхъ этой категоріи въ анамнезѣ отмѣчены повторныя гонорройныя заболѣванія, *abusus in Baccho et Venere*. У всѣхъ было частое и болѣзненное мочеиспусканіе, кровь и много гноя въ

мочѣ. Въ мочевомъ осадкѣ подъ микроскопомъ обыкновенно съ большимъ трудомъ находили Коховскія палочки, хотя при цистоскопії у всѣхъ оказывались и бугорки, и туберкулезныя язвы, кромѣ того явленія туберкулеза другихъ органовъ: легкихъ, кишекъ, простаты и т. д. Инстилляціи іодоформной эмульсіи, 5% раствора въ маслѣ Gomenol'a, промыванія пузыря растворами сулемы, хотя и приносили больнымъ облегченіе, но на короткое время, такъ какъ циститъ здѣсь являлся только однимъ изъ мѣстныхъ проявленій общаго туберкулеза.

Больныхъ съ новообразованиемъ мочевого пузыря наблюдалось въ клиникѣ 14; изъ нихъ у трехъ діагносцированъ cancer, у одного опухоль неопредѣленной формы, у остальныхъ papillomata. У 7 произведено было подъ общимъ наркозомъ удаленіе опухолей, при чемъ у одного больного операція черезъ 2 недѣли была повторена.

Въ 1 случаѣ сдѣлана пробная лапоратомія, и одного больного пользовали промываніемъ мочевого пузыря 2% — 4% растворомъ резорцина; въ результатѣ такого лѣченія наблюдалась остановка кровотечения и уменьшеніе самой опухоли вдвое; остальные отказались отъ операціи и пользовались обычно: промываніемъ пузыря резорциномъ, покойнымъ положеніемъ, діетой, уротропиномъ.

Отдаленныхъ результатовъ, за исключеніемъ одного больного, у котораго цистоскопія показала черезъ годъ послѣ операціи норму, намъ неизвѣстно; въ другомъ случаѣ цистоскопія, произведенная черезъ 1 мѣсяць, показала отсутствіе разрастаній въ пузырь.

Крестьянинъ Н. С., 45 лѣтъ, поступилъ въ клинику съ жалобой на кровавую мочу; со стороны наследственности ничего ненормальнаго; первое кровотеченіе 6 лѣтъ назадъ совмѣстно съ учащенными позывами на мочу и повторялось за этотъ періодъ нѣсколько разъ; при цистоскопії около праваго мочеточника *папиллома* величиной въ лѣсной орѣхъ; операція *sectio alta* (проф. А. В. Мартыновъ); опухоль удалена съ подлежащей слизистой; теченіе послѣоперационное гладкое. Выздоровленіе.

Землевладѣлецъ И. Р., 44 лѣтъ; со стороны наследственности ничего не отмѣчается; въ октябрѣ 1907 г. замѣтилъ въ мочѣ кровь, въ январѣ 1908 г. вновь кровь, а въ февралѣ 1908 г. удалена *papilloma per sectionem altam*; въ апрѣлѣ 1909 г. кровь въ мочѣ и ворсинки, и въ половинѣ апрѣля вторичная операція *per sectionem altam*; выпи-санъ изъ клиники здоровымъ. 7 февраля 1910 г. опять кровь въ мочѣ; цистоскопія: на верхней передней правой сторонѣ пузыря опухоль въ грецкій орѣхъ на ножкѣ; 26 февраля *sectio alta* (проф. А. В. Мартыновъ), опухоль удалена съ подлежащей слизистой, послѣоперационное теченіе гладкое, черезъ 2 недѣли при цистоскопії: на правой верхней стѣнкѣ вновь обнаружено папилломатозное разрощеніе въ лѣсной орѣхъ величиной, 11 марта *extirpatio onuxoli per sectionem altam* (д-ръ Р. М. Фронштейнъ), послѣоперационное теченіе гладкое.

26-го выписался здоровымъ, микроскопическое изслѣдованіе опухолей: типичная *papilloma*.

Землевладѣлецъ Из. Р., 46 л., послѣ послѣдней операціи—4-й по счету—черезъ  $\frac{1}{2}$  года вновь поступилъ въ клинику. 3 мѣсяца спустя послѣ операціи появилась кровь въ мочѣ и учащенные позывы на мочу.

St. praesens: очень похудалъ и поблѣднѣлъ, мочится черезъ  $\frac{1}{2}$  часа днемъ и каждыя 40 минутъ ночью, моча кровавая, пузырь вмѣщаетъ едва 50,0; цистоскопія невозможна, лѣченіе состояло въ промываніяхъ мочевого пузыря растворомъ 2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>—4<sup>0</sup>/<sub>0</sub> резорцина, черезъ 40 дней лѣченія мочиться сталъ ежечасно ночью и черезъ 40 м. днемъ, пузырь выносить 100,0, цистоскопія показала на днѣ, боковыхъ и передней стѣнкахъ многочисленныя *папилломатозныя разрастанія* разной величины, потерялъ за время 40-дневнаго пребыванія въ клиникѣ 12 фунтовъ, выписался безъ операціи.

Фабричный В. Р., 40 лѣтъ, со стороны наслѣдственности ничего ненормальнаго, въ прошломъ—*ulcus ventriculi*, 5 мѣсяцевъ назадъ кровь въ мочѣ и учащенные позывы. Цистоскопія: опухоль съ грецкій орѣхъ въ лѣвой сторонѣ *trigoni Lieutaudii* закрываетъ собой отверстіе мочеточника. 26 февраля *sectio alta* (проф. А. В. Мартыновъ): опухоль удалена съ слизистой мочевого пузыря, послѣоперационная правосторонняя пневмонія, заживленіе гладкое; 5/III удалена повязка, цистоскопія показала отсутствіе разрастаній; микроскопическое изслѣдованіе дало картину *типичной papillom'ы*.

Чернорабочій П. Б., 50 л., со стороны наслѣдственности—ничего, годъ назадъ кровь въ мочѣ, когда же стали беспокоить учащенные позывы на мочу, легъ въ клинику. Цистоскопія обнаружила гиперемію пузыря, а на правой верхней стѣнкѣ—большую косматую опухоль, дальше—еще 2 маленькихъ опухолей. Произведена *sectio alta* (проф. Ф. А. Рейнъ), опухоли удалены. Послѣоперационное теченіе гладкое, опухоли при микроскопической картинѣ оказались *papillom'ами*.

Шорникъ И. К., 43 л., за послѣднее время сталъ худѣть, 1 годъ назадъ появилась кровь въ мочѣ. При цистоскопіи на передней лѣвой стѣнкѣ пузыря обнаружено сосочковое разрастаніе, отъ предложенной операціи отказался.

Торговецъ Т., 42 л., со стороны наслѣдственности ничего ненормальнаго, перенесъ перелой, 5 л. назадъ въ теченіе 5—7 дней была кровавая моча, недѣлю назадъ вновь кровь въ мочѣ. Цистоскопія показала, что имѣется большая, *сосочковая*, на тонкой ножкѣ *опухоль* на лѣвой боковой стѣнкѣ. Операція *sectio alta* (д-ръ Р. М. Фронштейнъ): опухоль величиной въ крымское яблоко удалена съ подлежащей слизистой оболочкой. Послѣоперационное теченіе осложнилось мочевымъ затекомъ между мышцами живота. Рана раскрыта,—обычное лѣченіе. Черезъ 3 недѣли выздоровленіе, повторныя цистоскопіи черезъ 3 мѣсяца и черезъ годъ показали отсутствіе разрастаній. Микроскопическая картина опухоли—*papilloma*.

Рабочій Ж. Ф., 43 л., со стороны наследственности ничего, 4 года назад появилась кровь въ мочѣ, сгустки закладывали мочу. Кровотеченіе повторялось нѣсколько разъ. Цистоскопія: въ правой сторонѣ дна пузыря опухоль въ границѣ орѣхъ на ножкѣ. 28 марта *sectio alta* (д-ръ Е. Ф. Вашкевичъ): опухоль удалена со слизистой, послѣоперационное теченіе осложнилось пневмоніей. 2 апрѣля моча прошла въ рану, 14 апрѣля мочевоѣ свищъ закрылся, 24 апрѣля рана зажила, микроскопическая картина опухоли — *papilloma*.

Крестьянинъ И. Е., 48 л., со стороны наследственности ничего ненормальнаго. 10 лѣтъ назадъ замѣтилъ кровь въ мочѣ и съ тѣхъ поръ она то появлялась, то исчезала. За послѣднее время появились боли въ крестцѣ и поясницѣ. При изслѣдованіи *per rectum* задняя стѣнка пузыря сильно вдается въ полость *recti*, лѣвая доля железы плотнѣе правой. При двойномъ изслѣдованіи въ пузырьъ прощупывается плотная объемистая опухоль, цистоскопія не удавалась вслѣдствіе невозможности провести цистоскопъ въ пузырь: очень болѣзненна задняя часть уретры, всякій разъ появлялась кровь. Отъ операціи больной отказался, такъ какъ ему было высказано, что можетъ быть при операціи придется удалить весь пузырь. Опухоль — вѣроятно *cancer*.

Приказчикъ А. С., 55 л., въ роду есть туберкулезъ. 20 л. перенесъ перелой, 2 г. назадъ появилась кровь въ мочѣ и потомъ періодически появлялась она нѣсколько разъ. 1/2 года назадъ врачомъ діагносцирована цистоскопомъ небольшая опухоль, отъ операціи больной тогда отказался. 4 мѣсяца спустя появились учащенные позывы къ мочеиспусканію; при изслѣдованіи *per rectum* — въ лѣвой половинѣ дна пузыря плотный, обширный инфильтратъ. Цистоскопомъ обнаружена на верхней стѣнкѣ опухоль безъ ножки, инфильтрующая пузырь. Операція (проф. А. В. Мартыновъ): пробная лапоратомія. Брюшина спаяна съ пузыремъ, забрюшинныя железы увеличены, пузырь канкروزно перерожденъ. Пузырь не былъ вскрытъ, рана зашита, заживленіе *per primam*. За время пребыванія въ клиникѣ опухоль быстро росла, больной выпиcался въ значительно худшемъ состояніи, чѣмъ поступилъ; черезъ мѣсяцъ метастазъ въ лѣвомъ легкомъ; умеръ дома. *Diagnosis: cancer vesicae urinariae*.

53 л. начальникъ станціи, въ дѣтствѣ удаленъ камень изъ мочевого пузыря или уретры. Годъ назадъ появились кровь и гной въ мочѣ и учащенные позывы. Эти симптомы то обострялись, то исчезали. При изслѣдованіи *per abdomen* въ пузырьъ прощупывается трудно опредѣлимой величины безболѣзненная опухоль; при изслѣдованіи *per rectum* простата увеличена, измѣнена въ конфигураціи и консистенціи, продвинута внизъ, а за ней прощупывается твердая, бугристая опухоль, немного болѣзненная. Мочится 8 разъ въ сутки. Цистоскопа не удавалось провести вслѣдствіе крайней болѣзненности задней части уретры, не исчезавшей ни отъ морфія, ни отъ ко-



каина. Отъ операціи больной отказался. *Diagnosis: tumor — probabiliter malign.—vesicae urinae.*

Швейцаръ, 61 г. Ем. В., со стороны наслѣдственности ничего ненормальнаго. 15 лѣтъ страдаетъ запорами, 10 л. геморроидальными кровотечениями, 9 мѣсяцевъ назадъ впервые замѣтилъ кровь въ мочѣ. На правой стѣнкѣ пузыря сидитъ на ножкѣ маленькая опухоль, похожая на малиновую ягоду, средняя доля железы увеличена, отъ операціи отказался. Онъ же вновь черезъ 8 мѣсяцевъ поступилъ въ клинику, опухоль величиной уже съ грецкій орѣхъ. Производилось промываніе 2%—4% растворами резорцина. Подъ вліяніемъ промываній опухоль стала сморщиваться, отпадать и ко времени выписки больного изъ клиники (отъ операціи отказался) черезъ 24 дня стала величиной съ горошину. *Diagnosis: papilloma vesicae urinae.* Больной живъ и по сіе время. Опухоль не увеличивается. Кровотеченій нѣтъ.

*Каменная болѣзнь* діагносцирована у 27 больныхъ, *инородное тѣло въ мочевомъ пузырь* — у одного. Всѣмъ оказано оперативное пособіе, за исключеніемъ одного больного, который отказался отъ операціи; въ 13 случаяхъ было сдѣлано *sectio alta*, а въ 14 — камнедробленіе. 27 больныхъ выписались поправившимися, одинъ скончался. Исторія болѣзни его такова: 52 л., сидѣлецъ въ винной лавкѣ, съ 6 лѣтъ страдаетъ каменной болѣзнью, за 3 недѣли до поступленія въ клинику появилась въ мочѣ кровь. Діагностика клиническая — *calculus vesicae urinae, cancer ves. urin, hypertrophia prostatae, pyelitis bilateralis.* *Sectio alta* подъ мѣстной анестезіей (проф. А. В. Мартыновъ) удаленъ камень 5×4 сант., центръ—урать, середина — оксалатъ, периферія—фосфатъ, одновременно резецирована и опухоль вмѣстѣ со стѣнкой пузыря. На 4 день умеръ при возраставшемъ упадкѣ сердечной дѣятельности. Аутопсія: *hypertrophia et adipositas cordis. Oedema per magna pulmonum, pyelitis et pyonephrosis bilateralis. Cancer vesicae urinae, infiltratio purulenta cavi Retzii.*

47 л. чиновникъ, съ 43 лѣтъ началъ замѣчать разстройство мочеиспусканія. При цистоскопіи былъ обнаруженъ камень. *Sectio alta* (прив.-доц. П. Ф. Богдановъ) подъ мѣстной анестезіей; камень — урофосфатъ 3×4 смт. Послѣоперационное теченіе осложнилось затекомъ, заживленіе *per secundam.*

73 л. крестьянинъ, 24 л. и 35 л. имѣлъ перелой, съ 1/2 года уже появились задержки мочи и съ тѣхъ поръ мочится при помощи катетера; діагносцирована *hypertrophia prostatae*, а цистоскопіей еще и камни мочевого пузыря. *Sectio alta* (проф. О. А. Рейнъ); 6 фасеточныхъ камней фосфатовъ, каждый величиной съ лѣсной орѣхъ. Заживленіе черезъ 1 1/2 мѣсяца *per secundam.*

44 л. чиновникъ, 23 лѣтъ имѣлъ перелой, 32 л.—острое задержаніе мочи, которое въ продолженіе 9 лѣтъ повторялось нѣсколько разъ. 41 года *sectio alta* по поводу камня. 2 недѣли назадъ снова задержаніе мочи. Въ клиникѣ цистоскопіей обнаружены камни, которые и

удалены *per sectionem altam* (проф. А. В. Мартыновъ); заживленіе *per primam*.

28 л. чернорабочій, съ дѣтства страдаетъ каменной болѣзнью, щупомъ опредѣляется въ пузырь большой камень, который и удаленъ *per sectionem altam* (д-ръ А. Г. Смиттенъ).—Камень бобовидный, длинный діаметръ 7 сант., заживленіе — *per primam*.

42 лѣтъ помѣщикъ, 25 л. имѣлъ перелой и сифилисъ, 37 лѣтъ — *colica renalis sin.*, вышелъ камешекъ, подобныхъ припадковъ бывало по нѣсколько за годъ. 1½ года назадъ послѣ припадка коликъ камешекъ не вышелъ и вслѣдъ за этимъ появилось расстройство мочеиспусканія. Суженіе канала въ двухъ мѣстахъ для № 16 и 18.  *Sectio alta* (д-ръ А. А. Вагаповъ) подъ мѣстной анестезіей. При захватываніи щипцами камень фосфатъ распался и удаленъ ложкой, пузырь пришить къ брюшнымъ стѣнкамъ. Заживленіе *per secundam*.

61 г. крестьянинъ, расстройство мочеиспусканія появилось 2 года назадъ, цистоскопіей обнаруженъ камень.  *Sectio alta* (проф. О. А. Рейнъ) подъ общимъ эфирнымъ наркозомъ, камень—ураты  $2 \times 3\frac{1}{2}$  смт. Заживленіе *per secundam*.

14 л. крестьянинъ недавно замѣтилъ расстройство мочеиспусканія, безуспѣшно лѣчился. Въ клиникѣ диагностированъ *pyelitis, calculus vesicae urinariae*.  *Sectio alta* (проф. А. В. Мартыновъ) подъ общимъ наркозомъ, заживленіе *per primam*, камень фосфатъ величиной  $5 \times 4 \times 3\frac{1}{2}$  смт.

47 л. мѣшанинъ, 20 лѣтъ страдаетъ расстройствомъ мочеиспусканія, 33 лѣтъ перенесъ воспаленіе почечныхъ лоханокъ, 45 лѣтъ появилось значительное ухудшеніе мочеиспусканія. Въ клиникѣ диагностировано: *calculus vesicae urinariae, atonia vesicae urinar., pyelitis ascendens*.  *Sectio alta* (проф. А. В. Мартыновъ) сдѣлана экстренно ввиду высокой температуры. Послѣ операциі  $t^0$  упала и послѣоперационное теченіе прошло гладко. Камней удалено 14, величиной каждый въ вишню, съ фасетками, съ периферіи фосфаты, ядро—ураты.

12 л. гимназистъ, съ 8 лѣтъ страдаетъ расстройствомъ мочеиспусканія, при входѣ въ пузырь щупомъ обнаруженъ камень.  *Sectio alta* (проф. А. В. Мартыновъ) подъ эфирнымъ наркозомъ, безъ кольеиринтера, пузырь наполненъ воздухомъ. Заживленіе гладкое. Камень величиной въ сливу, фосфатъ въ поверхностныхъ слояхъ.

14 л. крестьянинъ, на 8 г. вышелъ съ мочей камень. Какъ себя помнитъ — страдаетъ болѣзненнымъ мочеиспусканіемъ: цистоскопомъ опредѣленъ камень въ пузырь.  *Sectio alta* (проф. А. В. Мартыновъ) подъ эфирнымъ наркозомъ.  *Prima intentio*. Камень оксалатъ величиной въ вишню.

25 л. извозчикъ, годъ назадъ заболѣлъ перелоемъ, лѣчился у врача промываніемъ пузыря и уретры, послѣ чего рѣшилъ лѣчить себя самъ, для чего купилъ на Сухаревкѣ катетеръ, какъ у доктора, ввелъ его въ пузырь и сталъ промывать, когда же хотѣлъ вынуть катетеръ обратно, то инструментъ оборвался и конецъ его остался

въ пузырь. *Sectio alta* (проф. А. В. Мартыновъ), удалены два куска въ 5 и 4 сант. резинового катетера, сухого и ломкаго. Заживленіе *per primam*.

71 года землевладѣлецъ. Уже два раза у него удаляли камень изъ пузыря камнедробленіемъ, при чемъ 1 разъ камень былъ уратъ, второй разъ — фосфатъ. Два мѣсяца назадъ участились позывы, усилились боли при мочеиспусканіи, шупомъ обнаруженъ объемистый камень, моча щелочная,  $t^0$  тѣла высокая. Отъ *sectio alta* отказался — выписался безъ операціи.

70 л. торговецъ, 30 л. имѣлъ перелой, 60 л. — геморроидальное кровотеченіе, 2 г. назадъ — разстройство мочеиспусканія, позывы болѣзненные при концѣ выхода мочи. Цистоскопомъ обнаружены на днѣ пузыря 2 камня. *Sectio alta* (д-ръ Р. М. Фронштейнъ), заживленіе *per secundam*. 4 камня — уро-оксалата бобовидной формы. Выздоровленіе.

67 л. кассиръ, на 10 г. малярія, 24 л. и 30 л. перелой и потомъ крупозное воспаленіе легкихъ, повторившееся на 65 г. 2 года назадъ замѣтилъ отхожденіе съ мочей маленькихъ камешковъ, 1 годъ назадъ мочеиспусканіе участилось и появилась кровь въ мочѣ. Цистоскопія показала гиперемію пузыря, увеличеніе средней доли простаты и камни различной величины. Послѣ обычнаго подготовленія сдѣлано камнедробленіе, осколки представляли смѣсь урата съ фосфатомъ, вѣсъ 3,5, гр. выздоровленіе.

20 л. больной, 3 г. назадъ замѣтилъ разстройство мочеиспусканія, 1 $\frac{1}{2}$  г. назадъ появилась кровь въ мочѣ и особенно участились позывы на мочу. При цистоскопіи обнаруженъ камень. Сдѣлано камнедробленіе, камень представляетъ смѣсь урата съ фосфатами, вѣсъ осколковъ 40,0. Выздоровленіе.

57 л. чиновникъ, съ 20 л. нѣсколько разъ имѣлъ перелой, 23 л. сифилисъ. Съ 48 лѣтъ разстройство мочеиспусканія табетическаго характера, 2 г. назадъ полная задержка мочи, катетеризація 3—4 раза въ день. *Stricture urethrae* № 15, *atonia vesicae urinariae*, *calculi vesicae urinariae* обнаружены цистоскопіей послѣ расширенія уретры, ихъ много и они разной величины, наибольшій 2 $\frac{1}{2}$  смт. при захватываніи литотрипторомъ. Раздроблены камни въ 3 сеанса, камни изъ углекислой извести и аморфныхъ фосфатовъ, вѣсъ 40,0. Выздоровленіе.

67 л. крестьянинъ, 18 л. перенесъ воспаленіе легкаго, 22 л. *colica renalis sin.*, 1 г. назадъ участилось мочеиспусканіе и стало прерывистымъ. Цистоскопомъ найдено нѣсколько буро-желтыхъ камней, слизистая рѣзко гиперемирована. Сдѣлано камнедробленіе въ 2 сеанса, осколки камней — ураты вѣсъ 20,0, послѣ операціи значительное улучшеніе.

27 л. живописецъ, 2 года назадъ появилось учащенное и болѣзненное мочеиспусканіе, иногда моча съ кровью. Зондомъ опредѣляется камень, при цистоскопіи — онъ удлиненной формы, бѣлаго

цвѣта. Сдѣлано камнедробленіе, послѣ чего болѣзненные припадки исчезли, осколковъ 20,0, фосфаты.

26 л. крестьянинъ, съ 18 л. страдаетъ разстройствомъ мочеиспусканія, а за послѣдній годъ появилась кровь въ мочѣ. При цистоскопії рѣзкая гиперемія слизистой и камень бѣлаго цвѣта, наибольшіе размѣры (литотрипторомъ)  $2\frac{1}{2}$  и 3 смт. Камнедробленіе произведено въ 2 сеанса, осколки удалены эвакуаторомъ, камень — уро-фосфатъ, вѣсъ осколковъ 11,0. Выписался здоровымъ.

39 л. крестьянинъ, 2 года уже замѣчаетъ болѣзненное и учащенное мочеиспусканіе. *Hypospadia glandis, strictura partis prostaticae urethrae* № 16, *prostata* атрофирована. Послѣ расширенія уретры произведено камнедробленіе, осколки камня 10,0 вѣсомъ представляли смѣсь урата съ фосфатомъ. Выздоровленіе, цистоскопія не обнаружила остатковъ камня.

83 л. мѣшанинъ, уже 7 разъ въ своей жизни подвергался операціи камнедробленія, камни — всегда фосфаты, послѣдняя операція  $\frac{1}{2}$  года назадъ. Мочится больной при помощи катетера каждыя  $\frac{1}{2}$  часа, моча щелочная, вонючая, простата сильно увеличена. Произведено 8-й разъ камнедробленіе, фосфатъ вѣсомъ 4,5. Послѣоперационная цистоскопія показала отсутствіе осколковъ.

65 л. купецъ, съ 57 л. разстройство мочеиспусканія и припадки задержанія мочи, съ 62 лѣтъ мочеиспусканіе при помощи катетера и черезъ  $\frac{1}{2}$  года послѣ этого діагносцированъ камень мочевого пузыря. До поступленія въ клинику уже семь разъ подвергался камнедробленію, послѣднее — 10 мѣсяцевъ назадъ. *Hypertrophia prostaticae, atonia vesicae urinariae, calculi vesicae urinariae*, одинъ изъ которыхъ при захватѣ литотрипторомъ оказался величиной въ 4 смт. Камнедробленіе нѣсколько разъ за время пребыванія въ клиникѣ, вѣсъ всѣхъ осколковъ—фосфатовъ=30,0. Цистоскопомъ при выпискѣ изъ клиники доказано отсутствіе въ пузырь осколковъ.

66 л. онъ же, черезъ  $\frac{1}{2}$  года послѣ послѣдней операціи опять появились учащенные и болѣзненные позывы. Цистоскопомъ опредѣленъ камень, произведено камнедробленіе. Осколки камня — фосфаты, вѣсъ 15,0. Послѣоперационная цистоскопія показала отсутствіе осколковъ въ пузырь.

69 лѣтъ дворянинъ, годъ назадъ у него появились неудержимые позывы на мочу и въ мочѣ — кровь, еще черезъ  $\frac{1}{2}$  года появилось недержаніе мочи. Литотрипторомъ опредѣленъ камень  $1\frac{1}{2} \times 2$  смт. и тутъ же раздробленъ, *atonia vesicae urinariae* осталась, но позывы стали значительно рѣже, осколковъ изъ мочекислыхъ солей 20,0.

54 л. военный,  $1\frac{1}{2}$  года назадъ появилось разстройство мочеиспусканія, болѣзненное мочеиспусканіе и кровь въ мочѣ. Опредѣленъ камень. *Hypertrophia prostaticae, strictura urethrae* № 22 въ висячей и задней частяхъ уретры, *calculus vesicae urinariae* опредѣленъ шу-

помъ. Камнедробленіе, камень — уратъ, осколковъ 8,0. Выписался поправившимся.

51 г. священникъ, 15 л. малярія, 24 л. перелой, 29 л. дифтерія. Съ 46 л. сталъ мочиться чаще обыкновеннаго, струя мочева обрывалась, безуспѣшно лѣчился промываніями. 4 г. назадъ боли въ спинѣ и животѣ, лихорадочное состояніе, съ мочей вышелъ камень, послѣ чего стало легче. 3 года спустя былъ опредѣленъ камень мочевого пузыря. Hypertrophia prostatae, calculi vesicae urinariae опредѣлены цистоскопомъ. Послѣ операціи камнедробленія осколковъ удалено 60,0, они изъ фосфорнокислыхъ и углекислыхъ солей. Больному стало лучше, но моча еще очень мутная съ гноемъ. Произведена катетеризація обоихъ мочеточниковъ, моча изъ обѣихъ почекъ одинаково мутна. Выписался преждевременно по домашнимъ обстоятельствамъ.

73 л. помѣщикъ обратился въ клинику для камнедробленія въ 5 разъ, только годъ назадъ было послѣднее камнедробленіе. Моча щелочна, мутная, вонючая, шупомъ найденъ камень. Камнедробленіе дало 6,0 осколковъ изъ фосфорнокислыхъ солей. Послѣоперационная цистоскопія осколковъ камня въ пузырь обнаружила.

### Болезни почекъ.

Больныхъ съ болезнями почекъ и почечныхъ лоханокъ наблюдалось 26, изъ нихъ одинъ лежалъ два раза.

*Туберкулезъ почки*—4 случая. Двое изъ этихъ больныхъ подверглись операціи—полному удаленію пораженной почки, двое ушли изъ клиники безъ оперативнаго вмѣшательства, отказавшись отъ такового. Главной жалобой одного изъ больныхъ были боли въ соответственной подреберной области, у трехъ остальныхъ доминировали гематурии. У перваго, какъ оказалось при операціи, процессъ зашелъ довольно далеко: налицо были каверны, наполненные распадомъ и гноемъ; у трехъ остальныхъ мы имѣли дѣло съ начальной, повидимому, стадіей болезни. Коховскія палочки были найдены въ мочѣ лишь въ двухъ случаяхъ. Кожная реакція Pirquet'a дала во всѣхъ случаяхъ рѣзко положительный результатъ.

Н. Т., 45 лѣтъ, легъ въ клинику по поводу двукратной на протяженіи 10 дней гематурии. Кроваво-красная моча содержала значительное количество лейкоцитовъ. Коховскихъ палочекъ не обнаружено. При цистоскопіи ясно видно, что изъ устья слегка гиперемизированнаго праваго мочеточника идетъ кровавая моча. Въ виду быстрого (на 3-й день поступленія) прекращенія кровотеченія больной выписался, а черезъ двѣ недѣли появились у него тупыя боли въ боку и снова кровь въ мочѣ, что и заставило его рѣшиться на операцію. Обычная нефректомія косымъ поясничнымъ разрѣзомъ (пр. А. В. Мартыновъ). Вслѣдствіе короткости почечной ножки вывести почку въ рану представлялось дѣломъ весьма затруднительнымъ; по отсѣченіи почки

въ глубинѣ операціоннаго поля ножка выскочила изъ наложеннаго на нее клемма и дала кровотеченіе. Нахожденіе кровоточившей почечной артеріи представило большую трудность, благодаря обильному количеству околопочечнаго жира. Наложенный на артерію пенсъ оставался въ ранѣ 3-е сутокъ. Гладкое заживленіе. Въ микроскопическихъ препаратахъ изъ удаленной почки на сосочкахъ видны разрастанія грануляціонной ткани, обильное развитіе сосудовъ и гигантскія клітки. По позднѣйшимъ свѣдѣніямъ (черезъ два года) больной совершенно здоровъ.

В. Ж., 30 лѣтъ, булочникъ, обратился по поводу болей въ лѣвомъ боку. Ясно прощупывается значительно увеличенная лѣвая почка. Коховскихъ палочекъ въ очень гнойной мочѣ не найдено. Устье лѣваго мочеточника изъязвлено и изъ него выдѣляется гнойная моча. Операція (пр.-доц. П. О. Богдановъ) безъ осложнений. Постъопераціонный періодъ затянулся. Черезъ годъ послѣ операціи больной чувствовалъ себя хорошо и значительно поправился. Удаленная почка состояла изъ нѣсколькихъ кавернъ, наполненныхъ гноемъ и содержащихъ фосфатическіе конкременты. Случай подробно описанъ въ „Хирургіи“ № 200, за 1913 г. ассистентомъ клиники Р. М. Фронштейномъ.

Больныхъ съ камнями почки было 10. Изъ нихъ у одного были одновременно камни и въ почкѣ, и въ среднемъ отрѣзкѣ мочеточника. Этотъ больной операціи не подвергался, ввиду крайне пониженной функціональной способности другой почки. Кромѣ него одинъ больной отказался отъ предложенной ему операціи, а другой, ввиду обнаруженнаго у него остраго инфекціоннаго заболѣванія (*typhus exanthematicus*), переведенъ былъ въ городскую Сокольническую больницу. Такимъ образомъ изъ 10 больныхъ почечно-каменной болѣзью было оперировано 7. Въ 3-хъ случаяхъ была больна лѣвая почка, въ 7—правая. 9 разъ камни сопровождались гнойнымъ воспаленіемъ почечныхъ лоханокъ и почечной субстанціи; въ одномъ только случаѣ камень былъ асептическій, лежалъ у выхода изъ почечнаго таза и вызывалъ явленія гидронефроза. Въ 6-ти случаяхъ была произведена нефрэктомія и въ 1-мъ случаѣ—нефротомія. Такое предпочтеніе нефрэктоміи обуславливалась взглядомъ клиники на септические почечные камни. Разъ мы имѣемъ дѣло съ вѣтвистымъ камнемъ, вызвавшимъ нагноеніе въ почечныхъ лоханкахъ,—мы никогда не можемъ быть увѣрены при нефротоміи—какъ бы широкъ почечный разрѣзъ ни былъ—въ томъ, что гдѣ-либо не остался недренированный очагъ нагноенія, или отвѣтвленіе камня, которые не дадутъ ранѣ зажить, вызовутъ образованіе свища, или, наконецъ, потребуютъ даже вторичной операціи. При достаточной функціональной способности другой почки, операціей выбора при септическихъ камняхъ является нефрэктомія, такъ какъ, гарантируя отъ свища и возможности вторичной операціи, она наноситъ меньшую травму организму и даетъ

болѣе короткій послѣоперационный періодъ. Въ одномъ случаѣ больному и была у насъ сдѣлана такая вторичная нефрэктомія по поводу незаживавшаго почечнаго свища, оставшагося послѣ нефротоміи, произведенной въ одной изъ хирургическихъ клиникъ Московскаго Университета. Удаленная въ этомъ случаѣ почка, склерозированная и рубцово перерожденная, частью же—растянутая гноемъ и мочей, содержала нѣсколько конкрементовъ. Въ 1-мъ случаѣ нефротоміи наблюдалось послѣдовательное кровотеченіе изъ почки на 3-й день послѣ операциі. Кровотеченіе было остановлено тампонадой. Всѣ семеро оперированныхъ больныхъ выписались изъ клиники съ зажившими или почти зажившими ранами.

*Новообразованія почекъ* наблюдались *три раза*. Операциі больные не подвергались: одинъ разъ отъ операциі пришлось отказаться въ виду общаго плохого состоянія здоровья больного и преклоннаго возраста его (72 года), два раза по собственному нежеланію больныхъ. Одинъ больной потерянь изъ виду, двое другихъ—скончались черезъ 1½ и 2 года по выходѣ изъ клиники. У всѣхъ троихъ почка, увеличенная въ размѣрахъ, ясно прощупывалась черезъ брюшные покровы и главнымъ безпокоющимъ больныхъ симптомомъ были повторныя, профузныя кровотеченія.

*Воспаленіе почечной субстанции*: 1 случай двусторонняго гнойнаго *пизлонефрита* у студента 25 лѣтъ окончился летально при явленіяхъ уреміи безъ оперативнаго вмѣшательства. Въ протоколѣ вскрытія значится: *Ren dextra permagna, atrophica renis sinistri, pyelonephritis suppurativa diffusa acuta bilateralis, abscessi renum miliares*. Этиологию заболѣванія выяснить не удалось. Послѣвы гноя изъ почки дали чистую культуру *bac. coli comm.*

Случай *геморрогическаго нефрита* у рабочаго, послѣ *abusus spirituosorum* замѣтившаго у себя появленіе крови въ мочѣ. По установкѣ діагноза обычное терапевтическое лѣченіе, давшее хорошіе результаты.

Случай „*эссенціальнаго кровотечения*“ наблюдался у одного больного, который и былъ оперированъ (*nephrectomia*). Случай послужилъ матеріаломъ для статьи ассистента клиники Р. М. Фронштейнъ, помѣщенной въ № 3 „Медицинскаго Обозрѣнія“ за 1910 годъ. На основаніи изученія литературы и даннаго случая, авторъ пришелъ къ заключенію, что эссенціальныхъ кровотеченій, какъ таковыхъ, не существуетъ, и описанные подъ таковымъ названіемъ кровотеченія вызываются воспалительными явленіями въ почкѣ.

Въ одномъ случаѣ больной, 33 лѣтъ, поступилъ въ клинику съ явленіями перитонита и острой ануріи, продолжавшейся двое сутокъ. Мочевой пузырь пустъ. Послѣ сдѣланной операциі (декапсуляціи) выдѣленіе мочи продолжало отсутствовать и больной на 3-й день по поступленіи въ клинику скончался. Вскрытіе показало: *Proctitis chr. cicatrisata et ulcerosa. Periproctitis chr. fibrosa. Paraproctitis purulenta inde peritonitis acuta purulenta universalis. Nephritis chr. parenchimatosa.*

*Hypertrophia cordis et degeneratio parenchimatosa. Oedema et hyperemia venosa pulmonum.*

*Воспаленіе почечной лоханки*—хроническія—пять случаевъ Всѣ случаи были лѣчены промываніями лоханокъ при помощи мочеточниковыхъ катетеровъ. Промыванія производились черезъ 1—2—3—5 дней, смотря по реакціи на нихъ со стороны больного, растворами *arg. nitrici* 1:500, 1:200, или *hydr. oxysuccinati* 1:2000. Подъ вліяніемъ промываній моча улучшалась, боли стихали, но полного выздоровленія больные не достигали. *Vac. coli commune* въ 3-хъ случаяхъ, стафилококки въ 4-мъ и гонококки въ 5-мъ оставались въ мочѣ больныхъ и при выпискѣ ихъ изъ клиники. Болѣе подробно 2 случая описаны ассистентомъ клиники Е. Ф. Вашкевичемъ въ № 14 „Русскаго Врача“ за 1912 г.

Въ одномъ случаѣ *кровотеченія изъ правой почки* установить вызвавшій появленіе крови этиологическій моментъ не удалось; рентгенограмма и реакціи на туберкулезъ, на аптитрипсинъ въ крови дали отрицательный результатъ. На пробную нефротомію больной не согласился.

#### **Diathesis urica.**

Ветеринарный врачъ Г., 47 лѣтъ, 2 раза перенесъ гоноррею. 3 года назадъ замѣтилъ разнообразныя боли въ суставахъ колющаго характера. Моча рѣзко кислая, въ осадкѣ большое количество мочекислыхъ солей. Суженіе уретры. Въ клиникѣ пробылъ 8 дней. Бужі. Ванны. Выписался со значительно меньшей кислотностью мочи. Кристаллическіе осадки исчезли.

#### **Haemoglobinuria.**

М. К., 18-ти лѣтъ, изъ здоровой семьи, поступилъ съ жалобой на кровавую мочу. Кровь, по его мнѣнію, въ мочѣ появилась 3 недѣли назадъ. Реакція *Wassermann's* отрицательна, въ мочѣ эритроцитовъ нѣтъ, но много гіалиновыхъ цилиндровъ и зеренъ гемоглобина. Ванны. Покой. Пробылъ въ клиникѣ 7 дней; кровавая окраска мочи пропала.

#### **Neurastenia sexualis.**

Н. А., 27 лѣтъ; нервная система расшатана мастурбаціей. Отвисшая мошонка, *varicosele*. Интересенъ случай въ томъ отношеніи, что при цистоскопіи обнаружено два лѣвыхъ мочеточниковыхъ отверстія, при чемъ изъ обоихъ отверстій попеременно выдѣлялась моча.

#### **Hystero-neurastenia post castrationem.**

С. Л., 34 лѣтъ. Въ 1900 и 1902 году перенесъ кастрацію по поводу туберкулеза сначала лѣваго, а затѣмъ праваго яичка. Онанизмъ отрицаетъ. Поллюціи съ 16-ти лѣтъ. *Coitus* на 23 году, затѣмъ изъ боязни зараженія отъ *coitus'a* воздерживался. Послѣ первой операціи



женился и въ теченіе 2-хъ лѣтъ ежедневно совершалъ coitus. Эрекціи были полныя, но тогда же замѣтилъ ослабленіе оргазма. Послѣ второй операци coitus ежедневно въ теченіе  $\frac{1}{2}$  года. Слѣдующіе 3—4 года раза 2—3 въ недѣлю.  $1\frac{1}{2}$  года назадъ 1—2 раза въ недѣлю и послѣдніе  $\frac{1}{2}$  года 1—2 раза въ двѣ недѣли, при чемъ принуждаетъ себя къ coitus ради жены, хотя въ то же время утверждаетъ, что при воздѣйствіи на психику получается эрекція. Prostata—въ видѣ 2 узловъ, величиной съ лѣсной орѣхъ, съ обоихъ сторонъ. Мошонка собрана въ складки; 2 рубца въ пахахъ. Яичекъ нѣтъ. Penis дряблый. Со стороны психики наклонность къ ипохондріи, раздражительность и истеричность. Рефлексы сухожильные, кожные и съ слизистыхъ рѣзко повышены. Сонъ хорошъ, головныхъ болей нѣтъ. Во время введенія цистоскопа истерическій припадокъ. Ванны. Выписался изъ клиники въ нѣсколько болѣе спокойномъ состояніи нервной системы.

---

## НЕРВНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ОТДѢЛЕНІЕ.

---

Отчетъ нервнаго клиническаго отдѣленія при Императорской Ека-  
терининской больницѣ за 1909—10 уч. г.

За истекшій учебный годъ въ клиникѣ было 92 человѣка стаціо-  
нарныхъ больныхъ. Изъ нихъ мужчинъ 53, женщинъ 39. По болѣзнямъ  
они распредѣляются слѣдующимъ образомъ:

Apraxia . . . . .	1	Hemiplegia . . . . .	12	Paralysis agitans. . . . .	3
Alcoholismus. . . . .	1	Atrophia muscul. pro-		Menigomyelitis. . . . .	2
Tabes dorsalis . . . . .	6	gressiva . . . . .	1	Sclerosis disseminata . . . . .	1
Lues cerebri . . . . .	4	Ankylosis column. ver-		Mening. spin. chron. . . . .	2
Tumor cerebri . . . . .	4	tebrarum . . . . .	1	Aphasia. . . . .	1
Neuralgia n. supraorb..	1	Polynevritis . . . . .	7	Neurosis traumatica. . . . .	1
Neuralgia n. trigemini.	1	Paral. progr.. . . . .	4	Neuritis n. femoralis . . . . .	1
Hysteria . . . . .	6	Epilepsia . . . . .	2	Commotio cerebri . . . . .	1
Ishias . . . . .	3	Lues cerebelli . . . . .	1	Morbus Korsakowi . . . . .	2
Abscessus cerebri. . . . .	2	Neurasthenia . . . . .	4	Neoplasma medullae spi-	
Myelitis. . . . .	3	Spondylosis . . . . .	1	nalis. . . . .	1
Monoplegia . . . . .	1	Tetania . . . . .	1	Tumor pulmonum et ce-	
Morbus Basedovie . . . . .	1	Syringomyelia. . . . .	5	rebr. . . . .	1
Mallum Pottii . . . . .	2	Chorea . . . . .	1		

## ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ОТДѢЛЕНИЕ.

Общее число больных . . . . . 149

По возрасту эти больные распредѣляются слѣдующимъ образомъ

отъ 15 до 20 лѣтъ. . . . .	4 случ.
„ 20 „ 30 „ . . . . .	45 „
„ 30 „ 40 „ . . . . .	72 „
„ 40 „ 50 „ . . . . .	17 „
„ 50 „ 60 „ . . . . .	9 „
„ 60 „ 70 „ . . . . .	2 „

Большинство больныхъ приходится, какъ и въ прошлые годы, на возрастъ 20 — 40 л., соотвѣтствующій наибольшей функциональной дѣятельности женскихъ половыхъ органовъ.

По времени наступленія мѣсячныхъ, больныя распредѣляются слѣд. образомъ:

до 13 лѣтъ. . . . .	5 случ.
отъ 13 до 15 лѣтъ. . . . .	89 „
на 16 году . . . . .	32 „
„ 17 „ . . . . .	14 „
„ 18 „ . . . . .	7 „
„ 19 „ . . . . .	2 „

По семейному положенію:

замужнихъ . . . . .	89 случ.
незамужнихъ . . . . .	37 „
вдовъ. . . . .	18 „
дѣвицъ . . . . .	5 „

По числу бывшихъ беременностей:

дѣвицъ . . . . .	5 случ.
небеременѣвшихъ . . . . .	21 „
беременѣвшихъ, но нерожавшихъ . . . . .	24 „
рожавшихъ по одному разу . . . . .	24 „
„ „ второму „ . . . . .	75 „

Соотвѣтственно примѣнявшимся способамъ лѣченія больныя раздѣлены на двѣ группы:

А. Болѣзни, при которыхъ примѣнялись консервативные способы лѣченія:

- |   |         |
|---|---------|
| a) Pelvipеритонитис. . . . .                    | 2 случ. |
| Perimetritis chronic . . . . .                  | 2 „     |
| Salpyngo-oophoritis dextr. seu sinistr. . . . . | 4 „     |
| Salpyngo-oophoritis bilateral . . . . .         | 6 „     |

Во всѣхъ случаяхъ этой группы примѣняемы были способы рас-сасывающаго лѣченія: тепло въ формѣ горячихъ спринцеваній, клизмъ, ваннъ, компрессовъ; ихтіолъ, массажъ, и т. д.

Больныя этой группы въ большинствѣ выписаны совершенно оправившись, остальные съ значительнымъ улучшеніемъ.

- |  |         |
|--|---------|
| b) Cancer uteri inoperabilis . . . . . | 1 случ. |
|--|---------|

Б. Болѣзни, при которыхъ примѣнялся оперативный способъ лѣ-ченія:

- |  |          |
|--|----------|
| I. a) Metritis chronic . . . . .                               | 15 случ. |
| b) Endometritis haemorrhagica. . . . .                         | 10 „     |
| c) Abortus съ задержавшимися частями плоднаго<br>яйца. . . . . | 14 случ. |
| d) Abortus artificialis. . . . .                               | 3 „      |
| e) Collum conicum . . . . .                                    | 8 „      |
| f) Prolapsus vaginae . . . . .                                 | 9 „      |
| g) Ruptura perinei . . . . .                                   | 4 „      |
| h) Cancer clitoris. . . . .                                    | 1 „      |
| i) Polypus uteri . . . . .                                     | 2 „      |
| k) Cystis ligamenti rotundi . . . . .                          | 1 „      |
| l) Fibroma. . . . .  | 1 „      |

Оперативные способы лѣченія, примѣнявшіеся въ этихъ случаяхъ, изложены въ „Ежегодникахъ“ прошлыхъ годовъ. Всѣ случаи перваго отдѣла второй группы кончились выздоровленіемъ.

II. Полное удаленіе матки черезъ влагалище:

- |                             |         |
|-----------------------------|---------|
| Cancer colli uteri. . . . . | 3 случ. |
|-----------------------------|---------|

Исходъ во всѣхъ случаяхъ благопріятный.

Чревосѣченіе:

- |                              |         |
|------------------------------|---------|
| a) Ракъ тѣла матки . . . . . | 3 случ. |
|------------------------------|---------|

Въ двухъ случаяхъ своды влагалища оказались проросшими рако-выми разростаніями, такъ что пришлось удалить часть сводовъ.

- |                        |          |
|------------------------|----------|
| b) Фиброміомы. . . . . | 21 случ. |
|------------------------|----------|

Изъ нихъ въ 17 случаяхъ интерстиціальныя фиброміомы; въ 3-хъ случ. подслизистыя фиброміомы и въ одномъ—fibromyoma subsero-sa; изъ нихъ фиброміома multiplex—8 случ.

Въ четырехъ случаяхъ одновременно былъ удаленъ одинъ изъ

яичниковъ кистозно-перерожденный, въ одномъ случаѣ вмѣстѣ съ фибромой удалена пароваріальная киста съ правой стороны и киста лѣваго яичника; въ другомъ случаѣ кромѣ фибромы оказалась киста лѣваго яичника и *hydrosalpinx sinistr.*; труба вмѣстѣ съ кистой яичника также удалены; въ одномъ случаѣ труба и яичникъ сращены съ основаніемъ *appendix'a*, труба съ яичникомъ удалены и сдѣлана *appendectomy*.

Въ 19 случаяхъ была сдѣлана надвлагалищная ампутація матки; въ двухъ случаяхъ, такъ какъ въ шейкѣ матки находились большіе фиброматозные узлы, была произведена полная экстирпація матки. Исходъ во всѣхъ случаяхъ, за исключеніемъ одного,—выздоровленіе; въ случаѣ окончившемся летально—причина, обнаруженная на вскрытіи,—измѣненія въ сердцѣ.

c) *Peritonitis tuberculosa* . . . . . 1 случ.

Въ этомъ случаѣ при вскрытіи брюшной полости обнаружено, что брюшина, кишки, сальникъ и брыжейка спаяны вмѣстѣ и усѣяны туберкулезными бугорками, яичники и железы казеозно перерождены. Кромѣ того у этой больной дѣвушки 14 л. найдено: *uterus rudimentarius, atresia hymenis et defectus vaginae*; больная на 14 день послѣ операціи скончалась.

d) *Sarcoma renis dextr.* . . . . . 1 случ.

Въ этомъ случаѣ опухоль ошибочно діагносцированная, какъ саркома праваго яичника, оказалась саркомой правой почки, опустившейся въ тазъ и лежавшей впереди *uterus*; опухоль вмѣстѣ съ почкой удалены, кромѣ того масса саркоматозно перерожденныхъ забрюшинныхъ железъ, изъ нихъ одна побольше вылушена. Больная скончалась на 17 день послѣ операціи; на вскрытіи обнаружено: перерожденіе сердечной мышцы, на позвоночникѣ—пакетъ саркоматозно перерожденныхъ железъ.

e) *Sacto-salpinx dextr* . . . . . 1 случ.

„ *sinistr* . . . . . 3 „

„ *bilateral* . . . . . 3 „

*Haematosalpinx dextr et hydrosalpinx*

*sinistr* . . . . . 1 „

*Hydrosalpinx bilateral* . . . . . 1 „

Въ случаѣ *hydrosalpinx bilateral* также удалена небольшая киста лѣваго яичника; въ 1 случаѣ *sactosalpinx bilateral*, труба и яичникъ съ правой стороны, образующіе опухоль, наполненную гноемъ, были спаяны съ червеобразнымъ отросткомъ; вмѣстѣ съ придатками удалены и *appendix*.

Всѣ случаи окончились выздоровленіемъ.

f) Новообразования яичниковъ:

Cystoma ovarii dextr . . . . .	12 случ.
„ „ sinistr . . . . .	11 „
Cystomata ovariorum . . . . .	1 „
Fibrosarcoma ovarii sin. . . . .	1 „

Исходъ во всѣхъ случаяхъ этой группы—выздоровленіе.

g) Внѣматочная беременность:

Беременность въ правой трубѣ. . . . .	3 случ.
Беременность въ лѣвой трубѣ . . . . .	1 „

Всѣ случаи представляли разрывъ трубы; въ одномъ случаѣ правой-  
сторонней трубной беременности пришлось удалить и haematocoele  
peritubar. въ непосредственномъ соприкосновеніи съ беременной тру-  
бой, а также обнаружено hydrosalpinx лѣвой трубы и киста лѣваго  
яичника, которые также удалены.

Исходъ во всѣхъ случаяхъ—выздоровленіе.



# Отчетъ о дѣятельности конференціи врачей Императорской Екатерининской Больницы

за 1909—10 академическій годъ.

---

Конференція врачей Императорской Екатерининской больницы за истекшій 1909—10 академическій годъ имѣла одно неочередное годовое засѣданіе 24/xi 1909 г. подъ почетнымъ предсѣдательствомъ Декана медицинскаго факультета Императорскаго Московскаго Университета проф. Д. Н. Зернова. На неочередномъ засѣданіи была произнесена рѣчь пр.-доц. В. Ф. Поляковымъ—„Объ измѣненіяхъ въ крови при отравленіи фенацетиномъ“. Очередныхъ засѣданій было 17, на которыхъ предсѣдателями были: П. А. Воффъ, К. К. Ивенсенъ, Р. М. Фронштейнъ, А. И. Сребрянская, А. А. Вагаповъ, А. П. Браунштейнъ, А. А. Фейденгольдъ, П. Ф. Богдановъ, В. Ф. Поляковъ, А. П. Заблотскій, Г. И. Россолимо.

Секретарями конференціи были: Д. М. Поповъ и В. П. Катанянъ. Дѣйствительныхъ членовъ конференціи было 56.

Всѣхъ докладовъ съ демонстраціей больныхъ, макро- и микроскопическихъ препаратовъ, рисунковъ и приборовъ было 42: изъ терапевтической клиники—12, изъ хирургической—14, нервныхъ болѣзней—8, изъ андрологической—4, гинекологической—4.

## *Изъ терапевтической клиники:*

1. С. Н. Сорокинъ. Случай splenomegalia съ рѣзкими измѣненіями въ крови.
2. С. Н. Сорокинъ. Демонстрація 6 больныхъ съ vitium cordis.
3. К. А. Дилигенскій. Повторная демонстрація случая sclerodermia.
4. К. А. Дилигенскій. Демонстрація препарата новообразованія мозга и поджелудочной железы.
5. А. С. Егоровъ и В. С. Дѣвицкій. По поводу двухъ случаевъ Godkin'овой болѣзни.
6. А. Н. Стуковенковъ. Наблюденія надъ дѣйствіемъ „Ferment regulatif Crithari“ на кишечникъ.

7. М. М. Невядомскій. Случай дифтерійной пневмоніи.
8. П. С. Кизель. Впечатлѣнія изъ поѣздки за границу.
9. А. П. Браунштейнъ и А. С. Егоровъ. „606“ и тропическая малярія. (Демонстрація больного и препаратовъ.)
10. Е. А. Пестель. Случай сифилитическаго пораженія печени.
11. М. С. Славолобовъ. Случай примѣненія „606“ при diabetes insipidus.
12. Е. Е. Сыроѣчковскій. Случай тяжелаго отравленія сулемой. (Демонстрація больного.)

*Изъ хирургической клиники:*

1. П. П. Ситковскій. Демонстрація препарата кистозно-перерожденной почки и перфорированной язвы желудка.
2. П. П. Ситковскій. Демонстрація столика для наркоза.
3. П. П. Ситковскій. Перфорация тонкой кишки въ грыжевомъ мѣшкѣ ущемленной грыжи.
4. Д. М. Поповъ. Демонстрація больного съ сифилитической опухолью плеча.
5. Д. М. Поповъ. Tuberculosis mammae. (Демонстрація больной.)
6. Л. И. Кепиновъ. Демонстрація больного съ varices venarum.
7. Л. И. Кепиновъ. Къ вопросу о раковой кахексiи съ точки зрѣнія біо-химическихъ процессовъ организма.
8. А. И. Сребрянская. Демонстрація 2-хъ случаевъ osteoplastическихъ ампутацій.
9. А. И. Сребрянская. Случай nephrectomia по поводу tbc. renis.
10. А. А. Иконниковъ. Демонстрація больного, оперированнаго по поводу деформации бедра послѣ перелома.
11. Г. А. Поленскій. Демонстрація больныхъ и препарат. Struma.
12. Г. А. Поленскій. Демонстрація больной съ резекціей желудка.
13. М. С. Чекаевъ. Удвоеніе art. renalis. (Демонстрація препарата.)
14. М. С. Чекаевъ. Къ вопросу о decapsulatio renis при уремii.

*Изъ невропатологическаго отдѣленія:*

1. Я. И. Шалытъ. Artropatia tabetica.
2. Я. И. Шалытъ. Paralysis agitans.
3. Я. И. Шалытъ. Paresis n. facialis послѣ вскрытія abscessi parotidis.
4. Я. И. Шалытъ. Случай впрыскиванія „606“ при lues cerebri.
5. И. Ѳ. Чертковъ. Syringobulbia.



6. И. О. Чертковъ. Эмболія мозгов. артер. послѣ огнестрѣльной раны.

7. Б. Н. Могильницкій. Случай tetania.

8. Б. Н. Могильницкій. Случай впрыскиванія „606“ при lues medul. spinal.

*Изъ андрологической клиники:*

1. Р. М. Фронштейнъ. Трабекулярный пузырь, какъ одинъ изъ раннихъ симптомовъ tabes.

2. Р. М. Фронштейнъ. 4-хъ кратная sectio alta по поводу papil. vesic. urin.

3. А. Г. Смиттенъ. Nephrectomia по поводу nephrolythiasis.

4. А. Г. Смиттенъ. Случай hydronephrosis, вызваннаго камнями почечной лоханки. (Демонстрація препарата.)

*Изъ гинекологическаго отдѣленія:*

1. Н. Ф. Медвѣдковъ. Cancer clitoridis. (Демонстрація препарата.)

2. И. А. Воффъ. Atresia hymenalis. (Демонстрація больной.)

3. И. А. Воффъ. Случай atresia hymenalis, uterus rudimentar. et peritonitis tbc.

4. И. А. Воффъ. Оперативное лѣченіе родильной горячки.

---

ЛИЧНЫЙ СОСТАВЪ КЛИНИКЪ  
Императорской Екатерининской Больницы  
въ 1909—10 академическомъ году.

---

I. Терапевтическая клиника.

Директоръ — ординарный профессоръ *П. М. Поповъ* (главный врачъ).

Ассистенты: прив.-доц. *В. Θ. Поляковъ*, *С. Д. Серебряковъ*, *В. М. Кожевниковъ*, *А. С. Егоровъ*, *В. О. Гуленко*.

Ординаторы: *А. А. Эйтвидъ*, *А. М. Предтеченскій*, *К. А. Дилигенскій*, *С. Н. Сорокинъ*, *Л. Н. Столица*, *В. П. Катанянъ*, *Д. Г. Абессаломовъ*, *Г. И. Исаевъ*, *А. Е. Шестель*, *Л. С. Бородинъ*, *П. Р. Кизель*, *Е. Е. Сыроучковскій*, *Я. И. Русинъ*, *И. И. Красовскій*, *И. П. Лобановъ* и *М. М. Невядомскій*.

Нормальная бактериологическая лабораторія при терапевтической  
клиникѣ.

Завѣдующіе: прив.-доц. *В. Θ. Поляковъ* и *С. Д. Серебряковъ*.

II. Хирургическая клиника.

Директоръ — экстраординарный профессоръ *А. В. Мартыновъ* (помощникъ главнаго врача).

Ассистенты: *И. А. Мотовиловъ*, *В. Г. Маевъ*, *А. А. Фейденгольдъ*, *К. К. Ивенсенъ*.

Ординаторы. *А. И. Серебрянская*, *П. П. Ситковскій*, *М. А. Нольде*, *Д. М. Поповъ*, *Г. А. Поленскій*, *А. А. Иконникова*, *М. С. Чекаевъ* и *А. П. Терпуговъ*.

III. Андрологическая клиника.

Завѣдующій—экстраординарный профессоръ *А. В. Мартыновъ*, и съ 15 мая 1910 г. прив.-доц. *П. Θ. Богдановъ* подъ руководствомъ ординарнаго профессора *Θ. А. Рейна*.

Ассистенты: *А. А. Вагаповъ* и *Е. Ф. Вашкевичъ*.

Ординаторы: *Р. М. Фронштейнъ*, *О. Θ. Губеръ* и *П. Н. Субботинъ*.

IV. Нервное клиническое отдѣленіе.

Завѣдующій—прив.-доц. *Г. И. Россолимо*.

Ассистентъ—*В. К. Хорошко*.

Ординаторы: *А. И. Худяковъ*, *Б. Н. Могильницкій*, *И. Θ. Чертковъ*.

V. Гинекологическое клинич. отдѣленіе.

Завѣдующій—прив.-доц. *И. А. Вовфъ*.

Ординаторы: *Н. Ф. Медвѣдковъ* и *Б. С. Архангельскій*.

Экстернъ—*М. С. Френкель*.

VI. Амбулаторія.

Постоянные ординаторы: *А. П. Заболотскій* и *К. К. Нагель*.

По нервн. болѣзн. прив.-доц. *М. И. Молчановъ*.

VIII. Прозекторъ—*В. С. Дѣвицкій*.

---